

ŽIADOSŤ O BEZODKLADNÉ ZABEZPEČENIE POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY

v zmysle ustanovenia § 81a ods. 6 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov v platnom znení

1. Údaje o žiadateľovi, ktorému sa má poskytovať sociálna služba (ďalej len „žiadateľ“):

Priezvisko a meno, titul:

.....

Rodné číslo:

.....

Dátum narodenia:

.....

Adresa trvalého pobytu :

.....

Adresa pobytu v čase podania žiadosti (napr.: v nemocnici, u príbuzných atď.):

.....

.....

Telefonický kontakt:

.....

2. Kontaktná osoba:

Priezvisko a meno:

.....

Adresa pobytu /doručovacia adresa/:

.....

Telefonický kontakt:

.....

Email:

.....

Druh sociálnej služby, o ktorú žiadateľ žiada*:

zariadenie podporovaného bývania
domov sociálnych služieb
špecializované zariadenie
zariadenie pre seniorov
zariadenie opatrovateľskej služby

Forma sociálnej služby, ktorá sa má poskytovať v zariadení*:

ambulantná (denný pobyt)
týždenný pobyt
celoročný pobyt



Číslo rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu / Číslo integrovaného posudku, zo dňa:

Stupeň odkázanosti na sociálnu službu:

Osoby v príbuzenskom vzťahu so žiadateľom (manžel/manželka, rodičia, deti, príp. iné):

Meno a priezvisko	Adresa	Príbuzenský vzťah	Telefónne číslo

Vyhlásenie žiadateľa:

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol/la podľa pravdivých skutočností a som si vedomý/á dôsledkov uvedenia nepravdivých informácií, ktoré by mali za následok prípadné požadovanie náhrady vzniknutej škody, prípadne i trestné stíhanie a skončenie pobytu v zariadení sociálnych služieb.

V....., dňa.....

.....

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

(zákonného zástupcu, opatrovníka, inej oprávnenej osoby)

* Hodiace sa podčiarkne!

Povinné prílohy k žiadosti:

- Právoplatný integrovaný posudok, ak bol vydaný
- Právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu a posudok o odkázanosti v prípade, že nebol vydaný integrovaný posudok
- Dokument preukazujúci potvrdenie začatia konania o integrovanom posudku
- Odôvodnenie žiadosti o bezodkladné zabezpečenie poskytovania sociálnej služby
- Lekársky nález nie starší ako 6 mesiacov ku dňu podania žiadosti (napr.: prepúšťacia správa, posledné vyšetrenie od špecialistu, vyjadrenie ošetrojúceho lekára...a iné)
- Rozsudok o obmedzení spôsobilosti na právne úkony a o ustanovení opatrovníka.

Osobné údaje sú spracované v súlade so Zásadami spracúvania osobných údajov fyzických osôb v Žilinskom samosprávnom kraji, ktoré je možné nájsť na webovom sídle ŽSK <https://www.zilinskazupa.sk/sk/zasady-spracuvania-osobnych-udajov-fyzickych-osob-zilinskom-samospravnom-kraji/>.



3. Odôvodnenie žiadosti o bezodkladné zabezpečenie poskytovania sociálnej služby:

- Uved'te dôsledky Vášho nepriaznivého zdravotného stavu:
- Uved'te konkrétne skutočnosti, ak nemáte zabezpečené nevyhnutné podmienky na uspokojovanie základných životných potrieb:
- Opíšte svoju aktuálnu sociálnu situáciu (či žijete sám/a, či máte zabezpečenú pomoc rodiny alebo blízkych osôb, či máte deti, ak áno koľko a kde žijú... a iné):
- Uved'te bližšie informácie, ak ste osoba odkázaná na pomoc inej osoby, ak Vám skončil pobyt v centre pre deti a rodiny a nemáte zabezpečené podmienky na bývanie v prirodzenom rodinnom prostredí:

- Uved'te, kto doteraz poskytoval starostlivosť /ako dlho/ a z akého dôvodu ju nedokáže naďalej zabezpečiť:

- Uved'te, o ktoré z nasledujúcich foriem pomoci ste požiadali a či Vám boli alebo sú poskytované*:
 - a) **formálna:**
 - Opatrovateľská služba poskytovaná mestom alebo obcou
 - Odľahčovacia služba
 - Denný stacionár
 - Dom ošetrovateľskej starostlivosti
 - Liečebňa pre dlhodobo chorých
 - Pobytová sociálna služba hradená prijímateľom sociálnej služby (samoplatca)
 - b) **neformálna:**
 - Starostlivosť poskytovaná rodinným príslušníkom s poberaním peňažného príspevku na opatrovanie z Úradu práce, sociálnych vecí a rodiny
 - Starostlivosť poskytovaná rodinným príslušníkom bez poberania peňažného príspevku na opatrovanie z Úradu práce, sociálnych vecí a rodiny
 - Starostlivosť poskytovaná inou osobou (uved'te, o akú osobu ide:)
 - c) **Využil(a) ste dlhodobé ošetrovné poskytované Sociálnou poisťovňou v rozsahu najviac 90 dní?**
 - áno
 - nie
 - d) **iná forma pomoci (uved'te aká):**



- Ak áno, prečo je to nepostačujúce, resp. prečo rodina nedokáže zabezpečiť starostlivosť:

- Aký je Váš celkový mesačný príjem (starobný dôchodok, invalidný dôchodok, vdovský/vdovecký dôchodok, iné príjmy)?

Výška celkového mesačného príjmu žiadateľa: _____ €

* Hodiace sa zakrúžkujte!

Vyhlásenie žiadateľa:

Vyhlasujem, že všetky údaje a dôvody uvedené v tejto prílohe sú pravdivé, úplné a som si vedomý/á právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov.

V.....

dňa.....

.....

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu, opatrovníka, inej oprávnenej osoby)