

**Obec Kostolná-Záriečie**  
Obecný úrad, 913 04 Kostolná-Záriečie č.148

---

**Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu**

v zmysle zákona NR SR č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov

**1. Žiadateľ**

meno a priezvisko .....

rodné priezvisko .....

**2. Dátum narodenia** .....

**3. Adresa**

trvalého pobytu .....

PSČ ..... okres .....

telefón ..... e-mail .....

prechodný pobyt .....

**Korešpondenčná adresa**.....

**4. Štátne občianstvo**.....

**5. Rodinný stav** (hodiace sa zakrúžkujte) :

- slobodný/á
- ženatý
- vydatá
- rozvedený/á
- ovdovený/á
- žije s druhom (družkou)

**6. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená** (hodiace sa zakrúžkujte) :

- zariadenie pre seniorov / domov dôchodcov /
- zariadenie opatrovateľskej služby
- opatrovateľská služba

**7. Forma sociálnej služby** (hodiace sa zakrúžkujte) :

- ambulatná
- terénna
- pobytová (celoročná, týždenná, denná, nepretržitá)
- iná forma riešenia nepriaznivej sociálnej situácie a prostredia, v ktorom sa fyzická osoba zdržiava

**8. Ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:**

zákonný zástupca: .....

meno a priezvisko .....

adresa ..... PSČ .....

telefón ..... e-mail .....

**9. Dôvod na základe ktorého má byť žiadateľ posúdený** (hodiace sa zakrúžkujte) :

- ťažké zdravotné postihnutie
- nepriaznivý zdravotný stav
- dovŕšenie dôchodkového veku

**10. Žiadateľ býva:**.....

/vo vlastnom dome – byte, v podnájme, u príbuzných, osamelo /

**Počet obytných miestností:**.....

**11. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:**

Meno a priezvisko, adresa	Príbuzenský pomer	Kontakt – č. tel.

## 12. Príbuzní, ktorí nežijú so žiadateľom v spoločnej domácnosti:

Meno a priezvisko, adresa	Príbuzenský pomer	Kontakt – č. tel.

### Súhlas so spracovaním osobných údajov žiadateľa:

V zmysle §11 zákona 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov vyhlasujem, že súhlasím so spracovaním mojich osobných údajov uvedených v tejto žiadosti ako aj ďalších osobných údajov nevyhnutných pre účel vyhotovenia posudku o odkázanosti na sociálnu službu zo strany Obecného úradu v Kostolnej-Záriečí. Zároveň vyhlasujem, že súhlasím s ich poskytovaním inej osobe (zariadeniam sociálnych služieb ) výhradne na účel súvisiaci s poskytovaním súčinnosti a spolupráce týkajúcej sa vykonávania posudkovej činnosti. Súhlas na spracúvanie osobných údajov sa poskytuje na dobu neurčitú a môže byť kedykoľvek odvolaný prostredníctvom písomného oznámenia doručeného OcÚ v Kostolnej-Záriečí.

### Čestné vyhlásenie:

Čestne vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé a som si vedomý (á) právnych následkov v prípade uvedenia nepravdivých údajov.

V ..... dňa.....

.....  
vlastnoručný podpis

### Poučenie:

1. Ak žiadateľ nie je vzhľadom na svoj zdravotný stav schopný podať túto žiadosť sám, môže v jeho mene, s jeho súhlasom a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tohto občana podať žiadosť iná fyzická osoba.
2. Neoddeliteľnou súčasťou žiadosti je **potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom stave** fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu a **lekársky nález** na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu.
3. Žiadateľ ďalej doloží **posudok** vydaný Úradom práce a sociálnych vecí a rodiny **na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia**, ak bol tento vydaný, **posudok odkázanosti na sociálnu službu** vydaný inou obcou alebo VÚC, ak bol tento vydaný a právoplatné **rozhodnutie o zbavení spôsobilosti** na právne úkony ak bolo toto vydané.

## Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu

Podľa ustanovenia § 49 ods. 3 zákona NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov posudzujúci lekár pri výkone lekárskej posudkovej činnosti vychádza z lekárskeho nálezu vypracovaného lekárom, s ktorým má fyzická osoba uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (zmluvný lekár).

Meno a priezvisko .....

Dátum narodenia .....

Bydlisko .....

### I Anamnéza

- a) osobná (so zameraním na zdravotné postihnutie, spôsob liečby, hospitalizáciu)
- b) subjektívne ťažkosti

### II Objektívny nález:

Výška:            Hmotnosť:            BMI (body mass index):            TK:            P:

Habitus:

Orientácia:

Poloha:

Postoj:

Chôdza:

Poruchy kontinencie:

### II A\*

**Pri interných ochoreniach uviesť fyzikálny nález a doplniť výsledky odborných vyšetrení, ak nie sú uvedené v priloženom náleze, to znamená**

- pri kardiologických ochoreniach funkčné štádium NYHA
- pri cievnych ochoreniach končatín funkčné štádium podľa Fontainea
- pri hypertenzii stupeň podľa WHO
- pri pľúcnych ochoreniach funkčné pľúcne vyšetrenie (spitrometria)
- pri zažívacích ochoreniach (sonografia, gastrofibroskopia, kolonoskopia a ďalšie)

- pri reumatických ochoreniach séropozitivita, funkčné štádia
- pri diabete dokumentovať komplikácie (angiopatia, neuropatia, diabetická noha)
- pri zmyslových ochoreniach korigovateľnosť, visus, perimeter, slovná alebo objektívna audiometria
- pri psychiatrických ochoreniach priložiť odborný nález,
- pri mentálnej retardácii psychologický nález s vyšetrením IQ
- pri urologických ochoreniach priložiť odborný nález
- pri gynekologických ochoreniach priložiť odborný nález
- pri onkologických ochoreniach priložiť odborný nález s onkomarkermi, TNM klasifikácia
- pri fenylketonúrii a podobných raritných ochoreniach priložiť odborný nález

---

\*Lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia fyzickej osôb, nevypisuje sa fyziologický nález.

## II B \*

### Pri ortopedických ochoreniach, neurologických ochoreniach a poúrazových stavoch

- a) popísať hybnosť v postihnutej časti s funkčným vyjadrením (goniometria v porovnaní s druhou stranou),
- b) priložiť ortopedický, neurologický, fyziatrisko-rehabilitačný nález (FBLR nález), röntgenologický nález (RTG nález), elektromyografické vyšetrenie (EMG), elektroencefalografické vyšetrenie (EEG), výsledok počítačovej tomografie (CT), nukleárna magnetická rezonancia (NMR), denzitometrické vyšetrenie, ak nie sú uvedené v priloženom odbornom náleze.

---

\*Lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia

### III. Diagnostický záver (podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb s funkčným vyjadrením)

V: ..... dňa: .....

.....  
 podpis lekára, ktorý lekársky nález  
 vypracoval a odtlačok jeho pečiatky

#### Poznámka:

Zdravotné výkony na účely zákona NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č.455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) sa poskytujú za úhradu. V zmysle § 81 písm. x) obec Kostolná-Záriečie uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti výkony na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu.

**Vyjadrenie žiadateľa:**

Bol som oboznámený s obsahom Lekárskeho nálezu na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu. Prehlasujem, že sú v ňom uvedené všetky lekárske nálezy z kompletnej zdravotnej dokumentácie, ktoré budú slúžiť ako dôkazový materiál a budú podkladom na posúdenie zdravotného stavu a odkázanosti na sociálnu službu.

Som si vedomý(á) aj možných následkov v prípade neúplných údajov o mojom zdravotnom stave.

V: ..... dňa: .....

.....  
podpis žiadateľa alebo jeho zákonného zástupcu,  
ktorý žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

## P o t v r d e n i e

Podľa ustanovenia § 92 ods. 6 zákona NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov ak fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, podať žiadosť o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby alebo udeliť súhlas na poskytnutie sociálnej služby na účely odľahčovacej služby, môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať žiadosť, uzatvoriť zmluvu alebo udeliť súhlas aj iná fyzická osoba.

Podpísaný MUDr. ....ošetrujúci lekár pána/pani.....

.....bytom.....týmto potvrdzujem, že menovaný vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, podať žiadosť o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby, alebo udeliť súhlas na poskytnutie sociálnej služby na účely odľahčovacej služby a môže v jej mene uzatvoriť zmluvu, alebo udeliť súhlas: Meno, priezvisko a príbuzenský pomer.....

Dátum:

.....  
podpis lekára a odtlačok jeho pečiatky