**Obec Lemešany, Lemešany 186, 082 03**

**Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. Žiadateľ/žiadateľka** | | |
| **Meno a priezvisko** | | |
| **Dátum narodenia**  **Rodinný stav**  **Štátne občianstvo**  **Adresa trvalého pobytu PSČ**  **Adresa aktuálneho pobytu**  **Telefón Mobil**.................................................................  **E-mail**......................................................................................................................................  **Druh dôchodku** | | |
|  | | |
| **2. Kontaktná osoba**  **a/alebo zákonný zástupca, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:**  **Meno a priezvisko**...................................................................................................................  **Bydlisko**.......................................................................................................**PSČ**.................... | | |
| **Telefón**.......................................................**Mobil**....................................................................  **E-mail**....................................................................................................................................... | | |
|  | | |
| **3. Žiadateľ býva\*:** |  |  |
| □ Vo vlastnom dome  □ Vo vlastnom byte  □ V podnájme  □ Iné (uveďte)............................................................................................................... | |  |
| Počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti | |  |
| \* hodiace sa zaškrtnite | |  |
| **4. Druh a forma sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená\* -**  **je možné vyznačiť iba jeden druh sociálnej služby:** | | |
| □ Opatrovateľská služba (terénna sociálna služba)  □ Zariadenie opatrovateľskej služby (pobytová forma sociálnej služby, na určitý čas)  □ Zariadenie pre seniorov (pobytová forma sociálnej služby, celoročná)  □ Denný stacionár (ambulantná forma sociálnej služby) | | |

\* hodiace sa zaškrtnite

|  |
| --- |
| **6. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby:** |
|  |
|  |
|  |
| **Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa?** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **7. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti (manžel/ka, deti, iní príbuzní):** | | |
| **Meno a priezvisko** | **Príbuzenský vzťah** | **Rok narodenia** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **8. Čestné prehlásenie:** | |
| Týmto čestne prehlasujem, že na sociálnu službu, o ktorú žiadam mi nebolo vydané právoplatné rozhodnutie iným správnym orgánom, a zároveň sa nevedie v inej obci/meste konanie o zabezpečenie sociálnej služby. | |
| Dňa............................... ......................................................................... | |
|  | Čitateľný **vlastnoručný podpis** žiadateľa  (Zákonného zástupcu v prípade maloletého dieťaťa) |

**Prílohy:**

Dokumentácia o zdravotnom stave