**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