



O B E C L e d n i c k é R o v n e

Námestie slobody č. 32, 020 61 Lednické Rovne

Obec Lednické Rovne na základe § 4 ods. 1 a ods. 3 písm. p), § 6 a § 11 ods. 4 písm. g) zákona č. 369/1990 Zb. o obecnom zriadení v znení neskorších predpisov a na základe § 72 ods. 2 zákona 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 zákonov

vydáva

VŠEOBECNE ZÁVÄZNÉ NARIADENIE

Obce Lednické Rovne

č. 8/2023

**o poskytovaní sociálnych služieb a výške úhrady za sociálnu službu v dennom stacionári
(ďalej len „VZN“)**

Schválené uznesením OZ v Lednických Rovniach:

Dňa : 28.06.2023

Uznesenie č.: 137/2023-6

Vyvesené : 11.07.2023

Zvesené : 27.07.2023

Článok 1

Základné ustanovenia

Toto všeobecne záväzné nariadenie (ďalej len VZN) upravuje v súlade so zákonom č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách (ďalej len zákon o sociálnych službách) poskytovanie sociálnej služby, spôsob určenia úhrady a výšku úhrad za sociálnu službu v Dennom stacionári v obci Lednické Rovne.

Článok 2

Poskytovanie sociálnych služieb v dennom stacionári

1. V dennom stacionári sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na sociálnu službu v tomto zariadení len na určitý čas počas dňa.
2. Podmienkou poskytovania sociálnej služby v dennom stacionári je rozhodnutie o odkázanosti na poskytovanie sociálnej služby.
3. Konanie o odkázanosti na sociálnu službu v dennom stacionári sa začína na základe písomnej žiadosti fyzickej osoby o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, ktorá sa podáva na Obecnom úrade v Lednických Rovniach (Príloha č. 2)
4. Sociálnu službu v dennom stacionári nemožno poskytovať osobe trpiacej psychickou poruchou, vplyvom ktorej by mohla ohrozovať seba alebo okolie, osobe trpiacou infekčnou a prenosnou chorobou a osobe, ktorá by pre iné závažné poruchy svojej osobnosti narúša spolunažívanie v zariadení (alkoholizmus, toxikománia, asociálne správanie).
5. V dennom stacionári sa poskytujú:
 - a) odborné činnosti
 - pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby
 - sociálne poradenstvo
 - sociálna rehabilitácia
 - pracovná terapia
 - sprostredkovanie ďalšej odbornej sociálnej pomoci
 - b) obslužné činnosti
 - stravovanie
 - c) ďalšie činnosti
 - záujmová činnosť
6. V dennom stacionári sa poskytuje základné sociálne poradenstvo aj rodine alebo inej fyzickej osobe, ktorá zabezpečuje pomoc fyzickej osobe v domácom prostredí na účel spolupráce pri sociálnej rehabilitácii.
7. V dennom stacionári sa poskytuje sociálna služba počas pracovných dní od 7:00 hod. do 16:00 hod. alebo podľa dohody.

Článok 3

Konanie vo veci odkázanosti na sociálnu službu

1. Konanie o odkázanosti na sociálnu službu v dennom stacionári sa začína na základe písomnej žiadosti fyzickej osoby o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.(Príloha č. 2)
2. Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu sa podáva na Obecný úrad Lednické Rovne.

3. Ak fyzická osoba, vzhľadom na svoj zdravotný stav, nemôže sama podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, môže v jej mene a s jej súhlasom a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať žiadosť aj iná fyzická osoba.
4. Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu obsahuje
 - a) meno a priezvisko žiadateľa (fyzickej osoby, ktorej sa má poskytovať sociálna služba)
 - b) dátum narodenia
 - c) adresu pobytu
 - d) rodinný stav
 - e) štátne občianstvo
 - f) druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená, formu poskytovaných sociálnych služieb v zariadení a potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.
5. Odbor sociálnych vecí OcÚ Lednické Rovne na základe lekárskeho posudku a sociálneho posudku vyhotoví posudok o odkázanosti FO na sociálnu službu, ktorý obsahuje
 - a) stupeň odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby
 - b) znevýhodnenie fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím alebo s nepriaznivým zdravotným stavom v oblasti seba obslužných úkonov, úkonov starostlivosti o svoju domácnosť a pri základných sociálnych aktivitách,
 - c) návrh druhu sociálnej služby
 - d) určenie termínu opätovného posúdenia zdravotného stavu.
6. Podkladom na vydanie rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu je posudok o odkázanosti FO na sociálnu službu. Na vypracovanie posudku o odkázanosti na sociálnu službu sa primerane použijú ustanovenia § 49 až 51 zák. č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách.
7. Pri rozhodovaní o odkázanosti na sociálnu službu môže mesto použiť ako podklad na vydanie rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu komplexný posudok vydaný príslušným úradom práce, sociálnych vecí a rodiny na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia podľa osobitného predpisu, ak je jeho obsahom aj posúdenie stupňa odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby, posudok odkázanosti na sociálnu službu vydaný inou obcou alebo vyšším územným celkom.

Článok 4

Zmluva o poskytovaní sociálnej služby

1. Obec Lednické Rovne, ako poskytovateľ sociálnej služby v zariadení pre fyzické osoby odkázané na pomoc inej fyzickej osoby, poskytne sociálnu službu prostredníctvom zariadenia denný stacionár na základe zmluvy o poskytovaní sociálnej služby s prijímateľom sociálnej služby.
2. Zmluva o poskytovaní sociálnej služby musí byť uzatvorená písomne.
3. Žiadateľ o poskytovanie sociálnej služby v zariadení denný stacionár podá písomnú žiadosť o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby Obecnému úradu v Lednických Rovniach.

4. Ak ide o poskytnutie sociálnej služby žiadateľovi, ktorý má trvalý pobyt na území inej obce, podmienkou poskytovania sociálnej služby je uzatvorenie zmluvy medzi obcou Lednické Rovne a príslušnou obcou, v ktorej má žiadateľ trvalý pobyt, o úhrade ekonomicky oprávnených nákladov spojených s poskytovaním sociálnej služby podľa § 71 ods. 6 zák. č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách.
5. Pri poskytovaní sociálnej služby v Dennom stacionári v Lednických Rovniach budú uprednostnení obyvatelia obce Lednické Rovne.
6. Prijímateľ sociálnej služby môže jednostranne vypovedať zmluvu o poskytovaní sociálnej služby kedykoľvek aj bez uvedenia dôvodu, pričom výpovedná lehota nesmie byť dlhšia ako 30 dní.
7. Obec Lednické Rovne, ako poskytovateľ sociálnej služby, môže jednostranne vypovedať zmluvu o poskytovaní sociálnej služby v dennom stacionári, ak prijímateľ sociálnej služby hrubo porušuje povinnosti vyplývajúce zo zmluvy o poskytovaní sociálnej služby najmä tým, že hrubo porušuje dobré mravy, ktoré narušajú občianske spolužitie alebo nezaplatí dohodnutú úhradu za sociálnu službu za čas dlhší ako tri mesiace.

Článok 5

Spôsob určenia úhrady a výška úhrady za poskytnutú sociálnu službu v dennom stacionári

1. Prijímateľ sociálnej služby v dennom stacionári je povinný platiť úhradu za sociálnu službu v sume určenej poskytovateľom sociálnej služby v súlade s prílohou č. 1 tohto VZN.
2. Suma úhrady za sociálnu službu obsahuje sumu úhrady za odborné činnosti, obslužné činnosti a ďalšie činnosti a nesmie byť vyššia ako sú ekonomicky oprávnené náklady.
3. Pri výpočte úhrady za sociálnu službu poskytovanú v dennom stacionári sa vychádza z výšky ekonomicky oprávnených nákladov za predchádzajúci rok, pričom rozsah ekonomicky oprávnených nákladov je vymedzený zákonom č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách.
4. Prijímateľ sociálnej služby je povinný oznámiť dennému stacionáru výšku svojich príjmov a čestným vyhlásením preukázať výšku majetku, ohlásiť v lehote ôsmich dní všetky zmeny v príjmových a majetkových pomeroch, ktoré sú rozhodujúce na určenie sumy úhrady za sociálnu službu.
5. Ak prijímateľ sociálnej služby nemá príjem alebo jeho príjem nepostačuje na platenie úhrady za sociálnu službu, môže úhradu za sociálnu službu alebo jej časť platiť aj iná osoba, ktorá môže uzatvoriť s poskytovateľom sociálnej služby zmluvu o platení úhrad za sociálnu službu.
6. Ak nevznikne prijímateľovi sociálnej služby povinnosť platiť úhradu za sociálnu službu alebo jej časť a táto povinnosť nevznikne ani rodičom alebo deťom a prijímateľ sociálnej služby zomrie, nezaplatená úhrada za sociálnu službu alebo jej časť je pohľadávka poskytovateľa sociálnej služby, ktorá sa uplatňuje v konaní o dedičstve.
7. Spôsob platenia úhrady a ostatné náležitosti týkajúce sa úhrady za poskytovanie sociálnej služby budú s prijímateľom dohodnuté v zmluve o poskytovaní sociálnej služby.

Článok 6

Monitorovanie a signalizácia potreby pomoci

Sociálna služba monitorovanie a signalizácia potreby pomoci sa v obci Lednické Rovne poskytuje prostredníctvom elektronického systému (Inteligentná domáca asistentka, ďalej len IDA) v čase trvania projektu „Podpora AAL v podmienkach TSK“ financovaného z Operačného programu Integrovaná infraštruktúra počas doby realizácie projektu a počas doby udržateľnosti, t.j. najneskôr do 31. decembra 2028 (päť rokov od finančného ukončenia projektu) bezodplatne pre klienta.

6.1 Rozsah a podmienky poskytovania sociálnej služby v obci Lednické Rovne:

1. Monitorovanie a signalizácia potreby pomoci je sociálna služba, ktorú možno poskytovať občanovi s trvalým pobytom alebo prechodným pobytom v obci Lednické Rovne a poskytovaním sa rieši jeho nepriaznivý zdravotný stav, s cieľom zabrániť vzniku krízovej sociálnej situácie alebo zabezpečiť jej riešenie.
2. Sociálna služba monitorovanie a signalizácia potreby pomoci sa v obci Lednické Rovne poskytuje prostredníctvom elektronického systému IDA v čase trvania projektu „Podpora AAL v podmienkach TSK“ financovaného z Operačného programu Integrovaná infraštruktúra počas doby realizácie projektu a počas doby udržateľnosti, t.j. najneskôr do 31. decembra 2028 (päť rokov od finančného ukončenia projektu).
3. Monitorovanie a signalizácia potreby pomoci prostredníctvom systému IDA (inteligentná domáca asistentka) sa poskytuje fyzickej osobe inou formou, a to použitím telekomunikačných technológií.
4. Ak má fyzická osoba záujem o poskytovanie služby monitorovania a signalizácie potreby pomoci, je povinná podať obci písomnú žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby- monitorovanie a signalizácia potreby pomoci (podľa prílohy č.4).
5. Ak fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama podať žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby - monitorovanie a signalizácia potreby pomoci, môže v jej mene a s jej súhlasom podať žiadosť aj iná fyzická osoba. Predloží potvrdenie ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave (podľa prílohy č.5).
6. Oprávnenosť využitia služby monitorovania a signalizácie potreby pomoci fyzická osoba preukáže potvrdením poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave. Toto potvrdenie sa podáva na obci Lednické Rovne spolu so žiadosťou o zabezpečenie sociálnej služby.
7. Sociálna služba sa začne poskytovať po podpise zmluvy o poskytovaní sociálnej služby, ktorá je uzatvorená v zmysle zákona o sociálnych službách.
8. Obec Lednické Rovne vedie evidenciu o prijímateľoch sociálnej služby monitorovania a signalizácie potreby pomoci.
9. Sociálna služba monitorovanie a signalizácia potreby pomoci, poskytovaná prostredníctvom elektronického systému IDA v čase trvania projektu „Podpora AAL v

podmienkach TSK“, počas doby realizácie projektu a počas doby udržateľnosti, t.j. najneskôr do 31. decembra 2028 (päť rokov od finančného ukončenia projektu) je bezodplatná pre klienta.

10. Obec Lednické Rovne poskytuje zabezpečenie riešenia krízovej sociálnej situácie prijímateľovi sociálnej služby monitorovanie a signalizácia potreby pomoci využitím elektronického systému IDA - poskytovaním nepretržitej, dištančnej, hlasovej alebo písomnej (krátka textová správa) komunikácie dohliadajúcej osobe/ osobám, ktoré si zvolí a zdefinuje sám prijímateľ v „Dotazníku pre identifikáciu prostredia, sociálnej situácie a zdravotného stavu žiadateľa o poskytovanie sociálnej služby“. Dotazník slúži ako podklad pre poskytovateľa ku Žiadosti o pridelenie a inštaláciu monitorovacej sady.

Článok 7

Záverečné ustanovenia

1. Toto VZN bolo schválené obecným zastupiteľstvom dňa 28.06.2023 uznesením č. 137/2023-6
2. Toto VZN nadobúda účinnosť 15-tym dňom od vyvesenia.
3. Zmeny a doplnky tohto nariadenia sa môžu vykonať prijatím nového všeobecne záväzného nariadenia alebo dodatkom k pôvodnému nariadeniu
4. Obec Lednické Rovne zabezpečí informovanosť občanov s obsahom tohto VZN spôsobom v obci obvyklým.

V Lednických Rovniach, dňa 10.07.2023

Mgr. Marian Horečný
starosta obce

Prílohy

Príloha č. 1

k VZN č. 8/2023 o poskytovaní sociálnych služieb a výške úhrady za sociálnu službu v dennom stacionári

Výška úhrady
za poskytovanú sociálnu službu
v Dennom stacionári v obci Lednické Rovne

Úhrada za odborné činnosti:

Úhrada za pomoc pri odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby	
III. stupeň odkázanosti	
IV. stupeň odkázanosti	
V. stupeň odkázanosti	
VI. stupeň odkázanosti	

Sociálne poradenstvo	
Sociálna rehabilitácia	
Zabezpečenie rozvoja pracovných zručností	

Úhrada za obslužné činnosti:

Strava	
Raňajky	
Desiata	
Obed	
Olovrant	
SPOLU	

Úhrada za ďalšie činnosti:

Zabezpečenie záujmovej činnosti	0 € / hodinu



OBEC LEDNICKÉ ROVNE

ŽIADOSŤ

o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

Žiadateľ - meno, priezvisko, titul:	
Dátum narodenia:	
Trvalý pobyt:	
Telefónne číslo/mobil:	
Štátne občianstvo:	Rodinný stav:

Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená (hodiace sa zaškrtnite)	
Opatrovateľská služba	☐
Zariadenie pre seniorov	☐
Zariadenie opatrovateľskej služby	☐
Denný stacionár	☐

Forma sociálnej služby (hodiace sa zaškrtnite)	
terénna	☐
ambulantná	☐
denný pobyt	☐
týždenný pobyt	☐
celoročný pobyt	☐

Príbuzní a kontaktné osoby: (manžel, manželka, druh, družka, syn, dcéra, vnuk, vnučka, zať, nevesta - meno a priezvisko, adresa, telef. kontakt)
Odôvodnenie žiadosti:

Ak je žiadateľ dôchodca:	výška dôchodku:
druh dôchodku: (starobný, predčasný starobný, vdovský, vdovecký, invalidný, sirotský)	

V prípade, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:
Meno a priezvisko:
Adresa zákonného zástupcu:
Telefonický (e-mail) kontakt:

Vyhlasenie žiadateľa (zákonného zástupcu):

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý/á právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov. Súhlasím s vyžiadanim údajov potrebných na účel posúdenia odkázanosti na sociálnu službu od zamestnávateľa, úradu práce, soc. vecí a rodiny, daňového úradu, poisťovní iných štátnych orgánov, iných právnických osôb alebo fyzických osôb, ktoré vykonávajú sprostredkovanie zamestnania.

Ďalej súhlasím s vykonaním návštevy v mojej domácnosti za mojej prítomnosti a so zisťovaním a overovaním niektorých skutočností, ktoré sú potrebné pre posúdenie odkázanosti na sociálnu službu u mojich najbližších príbuzných.

V súlade s § 7 ods. 1 a 2 zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov súhlasím so spracovaním mojich osobných údajov za účelom posúdenia odkázanosti na sociálnu službu.

V dňa

.....
podpis žiadateľa (zákonného zástupcu)

Zoznam príloh:

- potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o zdravotnom stave,
- posudok vydaný Úradom práce, sociálnych vecí a rodiny na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ŤZP, posudok odkázanosti na sociálnu službu vydaný inou obcou alebo iným vyšším územným celkom, ak tento bol vydaný,
- právoplatné rozhodnutie o zbavení spôsobilosti na právne úkony, ak toto bolo vydané.

**Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti
o zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada
o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu**

Podľa § 92 ods. 7 zákona 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 v znení neskorších predpisov žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu obsahuje potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

Meno, priezvisko, titul:

Dátum narodenia:

Trvalý pobyt:

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: Poloha:

Orientácia: Postoj:

Chôdza: Poruchy kontinencie:

Iné údaje:

III. Diagnóza:

a) hlavná:

a) ostatné choroby alebo chorobné stavy:

IV. Duševný stav, prípadne prejavy narušujúce kolektívne spolunažívanie:

V. Diagnostický záver (podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb s funkčným vyjadrením):

V.....,dňa:.....

.....
podpis lekára a odtlačok jeho pečiatky

Žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby - monitorovanie a signalizácia potreby pomoci

v zmysle zákona 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 v znení neskorších predpisov

Údaje o žiadateľovi/prijímateľovi sociálnej služby

Titul:		
Meno:	Priezvisko:	
Dátum narodenia	Rodné číslo:	
Tel. číslo:	E-mail:	
Adresa trvalého pobytu:		
Obec:	Ulica, číslo:	PSČ:
Pohlavie	Rodinný stav:	
Štátne občianstvo:		
Poznámka:		

Zákonný zástupca/ opatrovník žiadateľa (vyplňte v prípade, ak žiadateľ(ka), nie je spôsobilý(á) na právne úkony):

Titul:		
Meno:	Priezvisko:	
Dátum narodenia	Rodné číslo:	
Tel. číslo:	E-mail:	
Adresa trvalého pobytu:		
Mesto:	Ulica, číslo:	PSČ:

Druh a forma sociálnej služby

Druh sociálnej služby: <i>Monitorovanie a signalizácia potreby pomoci</i>
Forma sociálnej služby: <i>iná (s použitím telekomunikačných technológií)</i>
Deň začatia poskytovania sociálnej služby (<i>uved'te dátum</i>):
Čas poskytovania sociálnej služby (<i>určitý/neurčitý</i>):

Domácnosť/rodinné prostredie

Miesto poskytovania sociálnej služby:

Adresa:	Ulica, číslo:	PSČ:
Žije žiadateľ v domácnosti sám:		Pripojenie na pevný internet
☐ Ano ☐		☐ ☐ Áno
Nie*		Nie
*Uveďte čas, ktorý trávi žiadateľ v domácnosti sám: od..... do		
Kontaktná osoba /rodinný príslušník žiadateľa		
Meno	Priezvisko	
Tel.číslo	E-mail	
Vzťah ku žiadateľovi:		

Meno	Priezvisko
Tel.číslo	E-mail
Vzťah ku žiadateľovi:	

Meno	Priezvisko
Tel.číslo	E-mail
Vzťah ku žiadateľovi:	

Čestné vyhlásenie žiadateľa o pravdivosti a úplnosti údajov uvedených v žiadosti: <i>Čestne vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý(á) právnych dôsledkov v prípade uvedenia nepravdivých údajov. Zároveň sa zaväzujem uhradiť náklady spojené s výjazdom technika na miesto inštalácie monitorovacích pomôcok v prípade nezabezpečenia prístupu v dohodnutom termíne.</i> V, dňa..... Podpis žiadateľa Príloha:

K žiadosti je potrebné priložiť potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o zdravotnom stave preukazujúcom potrebu poskytovania sociálnej služby.

V prípade, že žiadateľ vzhľadom k svojmu zdravotnému stavu nemôže podať sám žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby, uzatvoriť zmluvu o poskytovaní sociálnej služby, môže tak urobiť v jeho mene aj iná fyzická osoba na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave. Toto potvrdenie je potrebné predložiť.

V prípade, že žiadateľ má vydané právoplatné rozhodnutie o zbavení/obmedzení spôsobilosti na právne úkony a listinu o ustanovení opatrovníka, tieto dokumenty je potrebné predložiť.

Pri podávaní a posudzovaní žiadosti o zabezpečení poskytovania sociálnej služby monitorovanie a signalizácia potreby pomoci prichádza k spracúvaniu osobných údajov prevádzkovateľom, ktorým je poskytovateľ sociálnej služby Obce Lednické Rovne, so sídlom Námestie slobody 32/4, 020 61 Lednické Rovne IČO:00 317 462. Podrobné informácie k spracúvaniu osobných údajov nájdete na webovej stránke poskytovateľa sociálnej služby www.lednickerozne.sk

Potvrdenie ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave
Podľa ustanovenia § 92 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov

Osobné údaje žiadateľa:

Titul:		
Meno:	Priezvisko:	
Dátum narodenia	Rodné číslo:	
Adresa trvalého pobytu:		
Obec:	Ulica, číslo:	PSČ:
Poznámka:		

Žiadateľ:

je postihnutá(ý) duševnou poruchou* - inou poruchou (fyzickou)*, pre ktorú nemôže samostatne konať vo veciach sociálnych služieb. Podľa ustanovenia § 92 ods. 6 zákona 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 v znení neskorších predpisov, ak fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama podať žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby alebo uzatvoriť zmluvu o poskytovaní sociálnej služby, môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať žiadosť alebo uzatvoriť zmluvu aj iná fyzická osoba.
--

V: dňa:

.....
podpis lekára a odtlačok jeho pečiatky

Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o poskytovanie sociálnej služby monitorovanie a signalizácia potreby pomoci

Podľa ustanovenia § 52 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov potrebu poskytovania sociálnej služby fyzická osoba preukazuje potvrdením o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu (v zmysle zákona č. 578/2004 Z.z.).

Osobné údaje žiadateľa:

Titul:		
Meno:	Priezvisko:	
Dátum narodenia	Rodné číslo:	
Adresa trvalého pobytu:		
Obec:	Ulica, číslo:	PSČ:
Poznámka:		

Anamnéza

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

Objektívny nález:

Výška:	Váha:	BMI:	TK:	P:
Habitus:	Poloha:			
Orientácia:	Postoj:			
Chôdza:	Poruchy kontinencie:			
Iné údaje:				

Diagnóza:

a) hlavná:

a) ostatné choroby alebo chorobné stavy:

Diagnostický záver (podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb s funkčným vyjadrením):

V: dňa:

.....

podpis lekára a odtlačok jeho pečiatky