**Vyhlásenie**

**o majetku fyzickej osoby na účely platenia úhrady za sociálnu službu**

Meno, priezvisko a titul: ..........................................................................................

Rodné číslo a dátum narodenia:................................................................................

Bydlisko:...............................................................................................................

Vyhlasujem na svoju česť, že vlastním/nevlastním\* majetok\*\* v hodnote presahujúcej 10 000 eur. Uvedené údaje sú pravdivé a úplné, som si vedomá/vedomý právnych následkov nepravdivého vyhlásenia, ktoré vyplývajú z príslušných právnych predpisov.

V ...............................................                       dňa .............................................

..................................................                  ........................................................

Podpis fyzickej osoby                                                      Podpis úradne osvedčil

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* nehodiace sa prečiarknuť

\*\* Za majetok sa **považujú** nehnuteľné veci a hnuteľné veci vrátane peňažných úspor, a ak to ich povaha pripúšťa, aj práva a iné majetkové hodnoty. Za hodnotu majetku je možné považovať len podiel majetku pripadajúci na prijímateľa sociálnej služby a osoby uvedené v § 73 ods. 10.

Za majetok sa **nepovažujú**

a) nehnuteľnosť, ktorú prijímateľ sociálnej služby užíva na trvalé bývanie\*\*\*

b) nehnuteľnosť, ktorú užívajú na trvalé bývanie

1. manžel (manželka) prijímateľa sociálnej služby,

2. deti prijímateľa sociálnej služby,

3. rodičia prijímateľa sociálnej služby,

4. iná fyzická osoba na základe práva zodpovedajúceho vecnému bremenu,

c) poľnohospodárska pôda a lesná pôda, ktorú prijímateľ sociálnej služby užíva pre svoju

potrebu,

d) garáž, ktorú prijímateľ sociálnej služby preukázateľne užíva,

e) hnuteľné veci, ktoré tvoria nevyhnutné vybavenie domácnosti, hnuteľné veci, ktorými sú ošatenie a obuv a hnuteľné veci, na ktoré sa poskytla jednorazová dávka v hmotnej núdzi alebo peňažný príspevok na kompenzáciu sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia,

f) osobné motorové vozidlo, ktoré sa využíva na individuálnu prepravu z dôvodu ťažkého

zdravotného postihnutia,

g) hnuteľné veci, ak by bol ich predaj alebo iné nakladanie s nimi v rozpore s dobrými mravmi.

\*\*\* Na účely platenia úhrady za celoročnú pobytovú sociálnu službu uvedenú v § 34, 35, § 38 a § 39 sa prihliada aj na nehnuteľnosť, ktorú prijímateľ sociálnej služby užíva na trvalé bývanie pred začatím poskytovania sociálnej služby

**Súhlas dotknutej osoby so spracúvaním a použitím osobných údajov**

Meno a priezvisko : ................................................................

Dátum narodenia : .................................................................

Bydlisko : ..............................................................................

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých obci Miloslavov, so sídlom Miloslavov 181, PSČ 900 42 podľa zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a doplnení niektorých zákonov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel posúdenia odkázanosti na sociálnu službu podľa zákona 448/2008 Z.z. o sociálnych službách až do vydania rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu. Súhlas so spracovaním osobných údajov platí do doby jeho písomného odvolania. Tento súhlas je možné kedykoľvek odvolať. Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v § 21 citovaného zákona.

Dňa : ...................................................................

 Vlastnoručný podpis dotknutej osoby

**Lekársky nález na účely poskytovania sociálnej služby.**

Podľa § 49 zákona 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 je poskytovateľ zdravotnej starostlivosti povinný poskytnúť zdravotné výkony na účely tohto zákona.

**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: TK: P:

 (body mass index) (krvný tlak) (pulz)

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 (spirometria),

– pri zažívacích ochoreniach (sonografia, gastrofibroskopia, kolonoskopia a ďalšie),

– pri reumatických ochoreniach séropozitivita, funkčné štádium,

– 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 osoby, 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, fyziatricko-rehabilitačný nález ( FBLR nález), röntgenologický nález (RTg nález),

elektromyografické vyšetrenie (EMG), elektroencefalografické vyšetrenie ( EEG), výsledok počítačovej tomografie

(CT), nukleárnej magnetickej rezonancie (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 ................................. dátum ......................... podpis lekára, ktorý lekársky nález

 vypracoval, a odtlačok jeho pečiatky

 ..................................................................

Poznámka:

Zdravotné výkony na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu podľa § 80 písm. u zákona 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 sa poskytujú za úhradu, ktorú uhrádza obec príslušná podľa trvalého pobytu žiadateľa. Podľa § 61 ods. 3 poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nie je oprávnený požadovať úhradu za zdravotné výkony na účely tohto zákona od fyzickej osoby.

**Žiadosť o uzavretie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby**

### Údaje o žiadateľovi

|  |
| --- |
| Meno a Priezvisko:  |
| Deň, mesiac, rok narodenia: Rodinný stav:  |
| Trvalé bydlisko: Číslo telefónu:  |
| Prechodný pobyt: Štátna príslušnosť:  |

 *B. Údaje o žiadanej sociálnej službe*

|  |
| --- |
| Druh sociálnej služby : opatrovateľská služba |
|   Forma sociálnej služby : terénna v prirodzenom sociálnom prostredí |
|   Deň začatia poskytovania opatrovateľskej služby : |
|   Čas poskytovania opatrovateľskej služby : |
|    |

 *C. Údaje o ďalších spoločne posudzovaných osobách /manžel/ka,dieťa,iný/*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| menopriezvisko | bydlisko |  príbuzenský vzťah | kontakt č.telefónu |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

##

##  D. Čestne vyhlasujem, že nie som fyzická osoba

-ktorej sa poskytuje celoročná pobytová sociálna služba

-ktorá je opatrovaná fyzickou osobou, ktorej sa poskytuje peňažný príspevok na opatrovanie

-ktorej sa poskytuje peňažný príspevok na osobnú asistenciu

-ktorej je nariadená karanténa pre podozrenie z nákazy prenosnou chorobou a pri ochorení touto nákazou.

*D. Vyhlásenie žiadateľa*

|  |
| --- |
|  Súhlasím so spracovaním osobných údajov uvedených v tejto žiadosti v informačnom systéme a s  poskytovaním osobných údajov tretím osobám /Úradom práce, sociálnych vecí a rodiny, prokuratúre, orgánom činným v trestnom konaní, súdom/, ak je to nevyhnutné na plnenie ich úloh.*Súčasne vyhlasujem, že každú zmenu v skutočnostiach rozhodných na trvanie odkázanosti na opatrovateľskú službu oznámim písomne obci do 8 dní podľa ustanovenia § 93 ods. 1 zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní znení neskorších predpisov.*   |

 V .................................

 dňa ................................ .......................................................

 podpis žiadateľa /zákonného zástupcu

K žiadosti je potrebné doložiť :

* právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu
* posudok o odkázanosti na sociálnu službu
* potvrdenie o príjme za predchádzajúci kalendárny rok žiadateľa a spoločne posudzovaných osôb

**Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu - opatrovateľskú službu**

### Údaje o žiadateľovi

|  |
| --- |
| Meno a Priezvisko:  |
| Deň, mesiac, rok narodenia: Rodinný stav:  |
| Trvalé bydlisko: Číslo telefónu:  |
| Prechodný pobyt: Štátna príslušnosť:  |

**Druh sociálnej služby : opatrovateľská služba**

**Forma sociálnej služby : terénna, v prirodzenom sociálnom prostredí**

 Stručné odôvodnenie žiadosti

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

V ..........................................

Dňa........................................ .......................................................

 Podpis žiadateľa ( zákonného zástupcu)

**Súhlas dotknutej osoby so spracúvaním a použitím osobných údajov**

Meno a priezvisko : ................................................................

Dátum narodenia : .................................................................

Bydlisko : ..............................................................................

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých RUŽOVEJ ZÁHRADE n.o., so sídlom Šafárikova č. 28, Senec podľa zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel posúdenia odkázanosti na sociálnu službu podľa zákona 448/2008 Z.z. o sociálnych službách až do podpísania zmluvy o poskytovaní sociálnej služby. Súhlas so spracovaním osobných údajov platí do doby jeho písomného odvolania. Tento súhlas je možné kedykoľvek odvolať. Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v § 21 citovaného zákona.

Dňa : ...................................................................

 Vlastnoručný podpis dotknutej osoby