



M E S T O S E Č O V C E
Námestie sv. Cyrila a Metoda 43/27,
078 01 Sečovce

Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

Žiadateľ:

Meno a priezvisko

rod. dátum narodenia

Trvalý pobyt

Rodinný stav číslo telefónu.....

Štátne občianstvo

Meno a priezvisko blízkej osoby

Rodinný pomer k žiadateľovi..... kontakt

Druh sociálnej služby, na ktorú má byť žiadateľ posúdený (označte x)

Zariadenie pre seniorov

Zariadenie opatrovateľskej služby

Denný stacionár

Domáca opatrovateľská služba

Zákonný zástupca žiadateľa , ak nie je žiadateľ spôsobilý na právne úkony

Meno, priezvisko

Adresa trvalého pobytu

Telefónne číslo

Potvrdzujem, že mi podľa článku 13 Nariadenia Európskeho Parlamentu a Rady (EÚ) č. 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES/ všeobecné nariadenie o ochrane údajov/ a podľa § 19 ods. 1 a 2 Zákona NR SR č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, Mesto Sečovce ako prevádzkovateľ informačných systémov poskytlo informácie potrebné k spracúvaniu mojich osobných údajov a týmto informáciám som porozumel/a.

v Sečovciach dňa

.....
podpis žiadateľa

Príloha:

- Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu **alebo**
- Komplexný posudok vydaný príslušným úradom práce sociálnych vecí a rodiny (ak občan

je poberateľom kompenzačných príspevkov) **alebo**

- Posudok o odkázanosti na sociálnu službu vydaný inou obcou alebo iným vyšším územným celkom o odkázanosti na inú sociálnu službu na účel posúdenia stupňa odkázanosti tejto fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby

Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o zdravotnom stave fyzickej osoby :

Potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

Pečiatka a podpis lekára

