**Obec Ihľany**

# Obecný úrad – referát sociálnych vecí

Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

# 1. Žiadateľ

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

Rodné priezvisko (u žien) ...........................................................................................

**2. Dátum narodenia** ….....................................................

Adresa pobytu ...............................................................................................................

**3. Bydlisko** …................................................................................. PSČ …..................

Telefón ….................................................................. e-mail .........................................

**4. Štátne občianstvo** …................................................................................................

1. **Rodinný stav** *(hodiace sa zaškrtnite):*
   * slobodný (á)
   * ženatý
   * vydatá
   * rozvedený (á)
   * ovdovený (á)

Žijem s druhom (s družkou) ...........................................................................................

**6. Životné povolanie** ....................................................................................................

Osobné záujmy žiadateľa ..............................................................................................

**7. Ak je žiadateľ dôchodca : druh dôchodku** ............................................................

# Druh sociálnej sluţby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená

*(hodiace sa zaškrtnite)*

* + Opatrovateľská služba
  + Zariadenie pre seniorov
  + Zariadenie opatrovateľskej služby
  + Denný stacionár

1. **Forma sociálnej sluţby** *(hodiace sa zaškrtnite)*
   * terénna
   * ambulantná
   * denný pobyt
   * týždenný pobyt
   * celoročný pobyt
2. **Žiadateľ býva** *(hodiace sa zaškrtnite)*
   * vo vlastnom dome
   * vo vlastnom byte
   * v podnájme

 počet obytných miestností…..........................................

* + počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti…...........

# Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej sluţby

…....................................................................................................................................

…....................................................................................................................................

…....................................................................................................................................

…....................................................................................................................................

...............….....................................................................................................................

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

…....................................................................................................................................

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

# Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:

(manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta)

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

Meno a priezvisko, príbuzenský vzťah, rok narodenia

# Osoby žijúce so žiadateľom mimo spoločnej domácnosti :

(manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta)

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

Meno a priezvisko, príbuzenský vzťah, rok narodenia

# Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa?

…....................................................................................................................................

# V prípade, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony :

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

Adresa zákonného zástupcu .........................................................................................

Telefón…...........................................…..... e-mail…......................................................