



Mestská časť Bratislava-Petržalka

Kutlíkova ul. č. 17, 852 12 Bratislava

Žiadosť o zabezpečenie odľahčovacej služby

1. Žiadateľ – fyzická osoba poberajúca peňažný príspevok na opatrovanie – prijímateľ odľahčovacej služby (ďalej len „opatrovatel“)

Meno a priezvisko:

Rodné priezvisko (u žien):

Dátum narodenia: rodné číslo:

Adresa trvalého pobytu: PSČ:

Adresa súčasného pobytu: PSČ:

Telefón: E-mail:

Štátne občianstvo: Číslo OP:

2. Rozhodnutie o peňažnom príspevku na opatrovanie:

Číslo rozhodnutia: Vydané kým:

Dňa: Výška príspevku:

3. Fyzická osoba, ktorej sa má – bude poskytovať sociálna služba (ďalej len „opatrovaný“)

Meno a priezvisko:

Trvalé bydlisko: PSČ:

Telefón: E-mail:

Stupeň odkázanosti: Číslo rozhodnutia:
(ak bol posudkom určený)

Vydané kým: dňa:

4. Rodinný stav – opatrovaný (hodiace sa zaškrtnite):

☐ slobodný/á

☐ rozvedený/á

☐ ženatý/vydatá

☐ ovdovený/á

5. Príjem opatrovaného

☐ starobný dôchodok

☐ vdovský dôchodok

☐ iný príjem (aký)

☐ invalidný dôchodok

☐ výsluhový dôchodok

Výška príjmu:

6. Opatrovaný býva (hodiace sa zaškrtnite):

☐ Vo vlastnom dome

Počet obytných miestností

☐ Vo vlastnom byte

Počet obytných miestností

☐ V podnájme

Počet obytných miestností

Počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti

7. Druh sociálnej služby, ktorej má byť poskytnutá odľahčovacia služba:☐ **pobytová**

Predpokladaný deň a čas poskytovania služby:

Od:.....hod. Do:.....hod.....

☐ **ambulantná (Po-Pi):**

Predpokladaný deň a čas poskytovania služby:

Od:.....hod. Do:.....hod.....

☐ **terénna** - v domácnosti

Deň a čas poskytovania služby:

Od:..... v čase od:hod. do:hod.

Do:..... v čase od:hod. do:hod.

☐ **denný stacionár**

Predpokladaný deň a čas poskytovania služby:

Od:..... v čase od:hod. do:hod.

Od:..... v čase od:hod. do:hod.

8. Dôvod žiadosti o odľahčovaciu službu:☐ **dovolenka**☐ **zdravotné dôvody**☐ **iné****9. Výška denného poplatku za poskytované sociálne služby opatrovaného, ktorú je schopný opatrovateľ za opatrovaného uhrádzať.**

.....Eur

10. V prípade, ak je fyzická osoba, ktorá potrebuje sociálnu službu, pozbavená alebo obmedzená spôsobilosť na právne úkony:

Meno a priezvisko opatrovníka:

Adresa opatrovníka:

Telefón:E-mail:

Číslo rozhodnutia:..... Vydané dňa:Kým:.....

11. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu):

Vyhlasujem, že všetky uvedené údaje v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý(á) právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov.

Dňa

.....
Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu)

12. Súhlas dotknutej osoby (opatrovateľa) so spracovaním osobných údajov:

Osobné údaje dotknutých osôb sa spracúvajú v súlade s NARIADENÍM EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 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 so zákonom č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Tento súhlas platí do doby vybavenia žiadosti a poskytovania odľahčovacej služby a možno ho kedykoľvek odvolať.

Dňa

.....
Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu)

13. Súhlas dotknutej osoby (opatrovaného) so spracovaním osobných údajov:

Osobné údaje dotknutých osôb sa spracúvajú v súlade s NARIADENÍM EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 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 so zákonom č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Tento súhlas platí do doby vybavenia žiadosti a poskytovania odľahčovacej služby a možno ho kedykoľvek odvolať.

Dňa

.....
Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu)

14. Zoznam povinných príloh:

- kópia právoplatného Rozhodnutia a posudku vydaného príslušným Úradom práce, sociálnych vecí a rodiny, v ktorom je uvedený stupeň odkázanosti, ak bol posudkom určený
- kópia právoplatného Rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu a posudku vydaného Obcou alebo mestom, ak takéto Rozhodnutie bolo vydané
- kópia právoplatného Rozhodnutia o poberaní príspevku na opatrovanie
- potvrdenie príslušného Úradu práce, sociálnych vecí a rodiny o vyplácaní peňažného príspevku (nie staršie ako 1 mesiac)
- lekárske správy opatrovaného
- potvrdenie lekára z dôvodu zhoršeného zdravotného stavu opatrovateľa v prípade potreby zabezpečenia odľahčovacej služby v súlade s § 8 zákona 448/2008 Z.z.

Podmienky zabezpečenia odľahčovacej služby:

1. Žiadosť by mala byť doručená minimálne 60 dní pred nástupom na odľahčovaciu službu, aby MČ Petržalka mala dostatočný priestor na zabezpečenie odľahčovacej služby, keďže odľahčovacia služba je viazaná na voľné miesta v zariadeniach.
2. Dátum a čas nástupu na odľahčovaciu službu by mal byť uvedený len orientačne, MČ Petržalka nezaručuje zabezpečenie odľahčovacej služby vo vybratom termíne žiadateľa.
3. MČ Petržalka sa bude snažiť zabezpečiť odľahčovaciu službu v čo najkratšom čase a v čo najbližšom termíne určenom žiadateľom.
4. Žiadateľ bude vyzoomený písomne o vybratom zariadení ochotnom poskytovať odľahčovaciu službu opatrovanému.
5. Pokiaľ žiadateľ odmietne odľahčovaciu službu zabezpečenú MČ Petržalka, bude si musieť žiadateľ zabezpečiť odľahčovaciu službu svojpomocne a MČ Petržalka tým ukončí zabezpečovanie odľahčovacej služby.

ČESTNÉ VYHLÁSENIE ŽIADATEĽA

čestne vyhlasujem,

že súhlasím s podmienkami súvisiacimi so zabezpečením odľahčovacej služby uvedené v žiadosti o odľahčovaciu službu.

a zároveň čestne vyhlasujem, že som doteraz v danom roku

☐ nemal zabezpečenú odľahčovaciu službu

☐ áno mal som už zabezpečenú odľahčovaciu službu:

názov zariadenia:.....

časové obdobie:.....

počet dní:.....

podpis žiadateľa