ReSocia, n.o., 072 62 Petrovce 2

Zariadenie opatrovateľskej služby

072 41 Remetské Hámre 27

Informácie: <http://www.resocia.sk>

telefón.' 056/ 628 34 65

e-pošta: zos@resocia.sk

**Žiadosť o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby**

**v zariadení opatrovateľskej služby**

Adresát: **ReSocia, n. o., Zariadenie opatrovateľskej služby, 072 41 Remetské Hámre 27**

Kontakty: telefón: 056/6283465 ; email: [zos@resocia.sk](mailto:zos@resocia.sk) ; web: www.resocia.sk

Miesto a dátum podania žiadosti o uzatvorenie zmluvy:...........................................................................

Priezvisko, meno, titul žiadateľa: ...........................................................................................................

Rodné číslo; dátum narodenia: .................................................................................................................

Trvalé bydlisko: .......................................................................................................................................

Rodinný stav: ..................................................... Štátne občianstvo: ..........................................

Výška a druh dôchodku (mesačný príjem žiadateľa): .............................................................................

Iné príjmy: ..................................................................................................................................................

Zrážky z príjmu: .................................................................................................................................

Žiadateľ býva (prosím, zakrúžkujte):

- v podnájme - u príbuzných -inde (prosím špecifikujte):

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

Osoby žijúce v spoločnej domácnosti so žiadateľom (prosím, uveďte príbuzenský pomer a kontakt):

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

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

Spôsobilosť na právne úkony (prosím, zakrúžkujte): áno / nie

Ak je žiadateľ zbavený svojprávnosti – zákonný zástupca:

Priezvisko, meno, titul: .....................................................................................................................

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

Trvalé bydlisko: .................................................................................................................................

Rozhodnutie ................................ súdu v .........................................................................................

- o zbavení spôsobilosti na právne úkony zo dňa ........................... č.: ..............................................

- o obmedzení spôsobilosti na právne úkony zo dňa ............................ č.: ........................................

**Stupeň odkázanosti: ............. Rozhodnutie číslo/zo dňa ................................ vydané mestom /obcou**:

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

Stupeň bezvládnosti (prosím označte „x“)

* žiadateľ, ktorý nepotrebuje zvláštnu pomoc
* žiadateľ v nepriaznivom životnom stave, ktorý potrebuje pomoc inej osoby pri bežných úkonoch osobnej hygieny, vrátane holenia, pomoc pri obliekaní, vyzliekaní,
* žiadateľ v nepriaznivom zdravotnom stave, v dôsledku ktorého potrebuje okrem pomoci uvedenej vyššie aj pomoc inej osoby pri presune na inv. vozík, na lôžko, pomoc pri použití WC
* žiadateľ, ktorý potrebuje pomoc inej osoby na zabezpečenie nevyhnutných životných úkonov a je spravidla odkázaný na pobyt na lôžku, alebo pri bezvládnosti žiadateľa

Prosím, uveďte kontaktnú osobu, ktorej bude podaná správa v prípade vážneho ochorenia alebo úmrtia, vzťah k žiadateľovi:

Priezvisko, meno, kontakt: ....................................................................................................................

Prosím, uveďte adresu, kontaktnú osobu, ktorá bude vybavovať pohreb v prípade úmrtia žiadateľa:

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

Aké má žiadateľ želanie o mieste a spôsobe pohrebu (pri spopolnení uviesť miesto uloženia urny)?

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

Termín umiestnenia v zariadení opatrovateľskej služby (prosím, zakrúžkujte)

- ihneď /v najkratšom možnom termíne

- odo dňa: ..............................................

- na dobu určitú, do: ..............................

## Požadovaná strava (prosím, zakrúžkujte):

## - racionálna

## - diabetická

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

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

meno a podpis žiadateľa /zákonného zástupcu/ oprávnenej osoby

Prílohy:

* právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu
* posudok o odkázanosti na poskytovanie požadovanej sociálnej služby fyzickej osoby vydané obcou, nie staršie ako tri mesiace
* doklad o príjme /rozhodnutie o výške dôchodku zo sociálnej poisťovne
* úradne overené vyhlásenie o majetku fyzickej osoby
* úradne overené vyhlásenie o príjme fyzickej osoby
* kópiu rozsudku príslušného súdu o zbavení svojprávnosti s vyznačením právoplatnosti, ak je žiadateľ zbavený svojprávnosti
* správu z psychiatrického vyšetrenia, nie staršie ako tri mesiace – ak je stanovená psychiatrická diagnóza
* potvrdenie o bezinfekčnosti od obvodného lekára
* aktuálnu prepúšťaciu správu - ak žiadateľ prichádza z nemocnice
* ďalšie doklady, rozhodujúce pre uzatvorenie zmluvy...............................................................