



**MESTO NITRA**

*Mestský úrad v Nitre*

## Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

### A. Údaje o osobe, ktorej sa má poskytovať sociálnu službu:

Meno a priezvisko:	Titul
Dátum narodenia:	Rodné číslo:
Adresa: Trvalého pobytu:	
Prechodného pobytu:	
Rodinný stav:	
Štátne občianstvo:	
Telefonický kontakt na žiadateľa:	
Telefonický kontakt na príbuzného:	
Sociálne postavenie:	
Ak je žiadateľ dôchodca druh a výška dôchodku:	

### B. Údaje zákonného zástupcu (vyplňte v prípade, ak osoba, ktorej sa má sociálna služba poskytovať, nie je spôsobilá na právne úkony)

Meno a priezvisko:	Titul:
Adresa: Trvalého pobytu:	
Prechodného pobytu:	
Dôvod zastúpenia:	Telefón:

**C. Odôvodnenie poskytovania sociálnej služby, dôvody prečo nemôže rodina žiadateľovi poskytnúť starostlivosť**

**D. Druh sociálnej služby**

- Opatrovateľská služba
- Denný stacionár
- Zariadenie opatrovateľskej služby
- Zariadenie pre seniorov

**E. Forma sociálnej služby (vyberte a označte len jednu formu sociálnej služby)**

- terénna
- ambulatná
- pobytová a) denný pobyt  
b) týždenný pobyt  
c) celoročný pobyt

**F. Bol žiadateľ už skôr umiestnený v niektorom zariadení sociálnych služieb alebo mu bola poskytovaná iná sociálna služba?**

- Áno v ktorom .....
- Nie

Dôvod ukončenia poskytovania sociálnej služby :

.....

**G. Vyhlásenie žiadateľa**

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

Dňa.....

.....  
podpis žiadateľa (resp. zákonného zástupcu žiadateľa)

## H. Potvrdenie úradu práce, sociálnych vecí a rodiny (vyplňa sa v prípade posudzovania odkázanosti na opatrovateľskú službu a na denný stacionár)

Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny v Nitre, oddelenie peňažných príspevkov na kompenzáciu sociálnych dôsledkov ŤZP potvrdzuje, že :

Pán/pani ....., nar. : .....

Bytom .....

**Je / nie je** \* poberateľom peňažného príspevku na osobnú asistenciu  
Inej fyzickej osobe sa **poskytuje / neposkytuje**\* peňažný príspevok za opatrovanie žiadateľa.

V Nitre dňa ..... .....

odtlačok úradnej pečiatky a podpis

---

\*nehodiace sa prečiarknite

## I. Súhlas dotknutej osoby so spracúvaním osobných údajov

Ako dotknutá osoba v zmysle § 5 písm. n) zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon č. 18/2018 Z. z.“) poskytujem **Mestu Nitra**, so sídlom Štefánikova tr. 60, 950 06 Nitra, IČO: 00 308 307, ako prevádzkovateľovi **súhlas** so spracovaním všetkých svojich osobných údajov uvedených v tomto podaní a jeho prílohách vrátane fotokópií osobných dokladov a preukazov, a to za účelom uskutočnenia úradného postupu v zmysle všeobecne záväzných právnych predpisov a /alebo interných predpisov prevádzkovateľa vymedzeného predmetom tohto podania. Zároveň **súhlasím**, aby tieto osobné údaje boli prevádzkovateľom poskytnuté iným subjektom na území SR, ktoré na základe osobitných právnych predpisov vstupujú do právnych procesov súvisiacich s vybavovaním predmetného podania.

V priebehu spracúvania budú osobné údaje zverejnené, sprístupnené a poskytnuté, len ak to ustanovuje všeobecne záväzný právny predpis a /alebo interný predpis prevádzkovateľa a za podmienok v ňom uvedených; oprávnenie zverejnenia sa nevzťahuje na všeobecne použiteľný identifikátor dotknutej osoby podľa osobitného predpisu.

Doba platnosti súhlasu sa viaže na dobu trvania preukázateľného účelu spracúvania osobných údajov dotknutej osoby.

Zároveň som si vedomý, že poskytnuté osobné údaje budú archivované a likvidované v súlade s platnými právnymi predpismi Slovenskej republiky.

Vyhlasujem, že poskytnuté osobné údaje sú pravdivé.

Svojím podpisom potvrdzujem, že okrem vyššie uvedených informácií týkajúcich sa poskytnutia osobných údajov, som bol v zmysle § 19 zákona č. 18/2018 Z. z. prevádzkovateľom tiež poučený o:

- a) skutočnosti, že kontaktné údaje zodpovednej osoby za ochranu osobných údajov u prevádzkovateľa sú zverejnené na webovom sídle prevádzkovateľa
- b) skutočnosti, že ak nejde o poskytnutie osobných údajov na základe a v rozsahu podľa zákona alebo iného všeobecne záväzného právneho predpisu, je poskytnutie dobrovoľné, avšak nevyhnutné pre uskutočnenie úradného postupu prevádzkovateľa za účelom riešenia podania
- c) svojich právach dotknutej osoby:
  - požadovať od prevádzkovateľa prístup k svojim osobným údajom (§21 zákona č. 18/2018 Z. z.)
  - na opravu osobných údajov (§ 22 zákona č. 18/2018 Z. z.)
  - na vymazanie osobných údajov a obmedzenie osobných údajov (§ 23 a § 24 zákona č. 18/2018 Z. z.)
  - na prenosnosť osobných údajov ( § 26 zákona č. 18/2018 Z. z.)
  - namietat' spracúvanie osobných údajov (§ 27 zákona č. 18/2018 Z. z.)
  - kedykoľvek svoj súhlas odvolať (§ 14 ods. 3 zákona č. 18/2018 Z. z.), pričom odvolanie súhlasu nemá vplyv na zákonnosť spracúvania vychádzajúceho zo súhlasu pred jeho odvolaním
  - podať návrh na začatie konania na Úrad na ochranu osobných údajov SR (§100 zákona č.18/2018 Z. z.)

V Nitre dňa .....

---

podpis dotknutej osoby



## 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 séropozitívita, 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 fenyktonúrii 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, fyziatrisko-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