Odôvodnenie bezodkladnosti

podľa § 81c zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov

Údaje o osobe, ktorej sa má zabezpečiť poskytovanie sociálnej služby bezodkladne

Meno a priezvisko	
Dátum narodenia	
Rodné číslo	
Názov zdravotnej poisťovne	
Adresa trvalého pobytu	
Adresa, na ktorej sa fyzická osoba aktuálne zdržiava *(napr. zdravotnícke zariadenie, pobyt u príbuzných alebo iná adresa)*	
Dôvod, pre ktorý sa fyzická osoba nezdržiava na adrese trvalého pobytu	
Rodinný stav	
Informácie o príbuzných *(manžel/manželka, partner/partnerka, rodičia, deti, súrodenci ...)* ***uviesť adresu a tel. číslo ak je známe***	

- **Integrovaný posudok:** ☐ vydaný ☐ v štádiu vybavovania ☐ platné RH o odkázanosti podľa predchádzajúcej právnej úpravy
- **Bývanie:** ☐ vlastné ☐ podnájom ☐ nevyhovujúce ☐ bez domova
- **Príjem:** ☐ dôchodok ☐ sociálne dávky ☐ bez príjmu ☐ iné:_____

  Presná suma príjmu:_____ EUR
- **Obmedzenie spôsobilosti na právne úkony:** ☐ áno ☐ nie ☐ v štádiu vybavovania
- **Zákonný zástupca / súdom ustanovený opatrovník (adresa, dátum narodenia, tel. číslo):**

Údaje o osobe alebo inštitúcii, ktorá v zastúpení podáva žiadosť o zabezpečenie poskytovania soc. služby bezodkladne

Meno a priezvisko	
Adresa trvalého pobytu	
Vzťah k fyzickej osobe (príbuzný, známy, sused, opatrovník, splnomocnená osoba, ...)	
Telefón a e-mail	

Názov inštitúcie *(presná adresa)*	
Kontaktná osoba inštitúcie *(meno, telefónne číslo, e-mail)*	

Vyznačte DÔVOD podania žiadosti o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby bezodkladne

1. **Život alebo zdravie fyzickej osoby sú vážne ohrozené:**

   ☐ **v dôsledku závažného alebo náhle zhoršeného zdravotného stavu**

   Uveďte, kedy a aké konkrétne zhoršenie zdravotného stavu nastalo, ako sa prejavilo na schopnosti fyzickej osoby vykonávať bežné úkony sebaobsluhy (stravovanie, hygiena, starostlivosť o domácnosť...) a aké konkrétne riziko jej hrozí, ak nebude zabezpečená primeraná starostlivosť.

   *! (**Povinná príloha:** Potvrdenie ošetrujúceho/prepúšťacieho lekára o aktuálnom zdravotnom stave fyzickej osoby)*

☐ **z dôvodu, že fyzická osoba je ohrozená správaním inej fyzickej osoby**

Opíšte, kto a akým spôsobom spôsobuje ohrozenie (napr. násilie, vyhrážanie, zanedbávanie)

! (Príloha: Potvrdenie lekára, Potvrdenie o podaní podnetu na orgán sociálnoprávnej ochrany alebo inú príslušnú inštitúciu, Potvrdenie o kontaktovaní polície alebo záchrannej zdravotnej služby, ak išlo o bezprostredné ohrozenie)

☐ **z dôvodu, že fyzická osoba nemá žiadnu blízku osobu, alebo došlo k strate blízkej osoby, ktorá pomoc poskytovala.**

Uveďte, kto doposiaľ poskytoval starostlivosť, kedy a z akého dôvodu došlo k strate opatrovateľa alebo osoby, ktorá zabezpečovala starostlivosť, aký to má dopad na každodenné fungovanie fyzickej osoby

! (Príloha: Potvrdenie podľa trvalého pobytu FO obce o absencii blízkej osoby. Predloženie úmrtného listu v prípade úmrtia osoby, ktorá doposiaľ poskytovala FO starostlivosť)

☐ **z dôvodu nemožnosti zabezpečenia osobnej starostlivosti fyzickej osoby rodičom, manželom, manželkou, plnoletým dieťaťom alebo súdom ustanoveným opatrovníkom**
*! (**Povinná príloha**: Vyhlásenie blízkej osoby o nemožnosti zabezpečovania osobnej starostlivosti s uvedením konkrétnych dôvodov)*

2. ☐ Fyzická osoba nemá zabezpečené nevyhnutné podmienky na uspokojovanie základných životných potrieb:

Uveďte, od kedy a z akého dôvodu nie sú zabezpečené a aké bezprostredné dôsledky táto situácia spôsobuje.
! (Príloha: Potvrdenia preukazujúce konkrétne kroky k riešeniu situácie. V prípade, ak fyzická osoba nemá zabezpečené nevyhnutné podmienky v dôsledku náhlej krízovej alebo mimoriadnej situácie, predložte potvrdenie z obce o danej skutočnosti)

3. ☐ **Fyzická osoba skončila pobyt v centre pre deti a rodiny (ďalej len „CDR“) a nemá zabezpečené podmienky na bývanie v prirodzenom rodinnom prostredí:**

Uveďte, aký je určený dátum ukončenia pobytu v CDR.

Doteraz vykonané kroky k riešeniu situácie

Uveďte aké konkrétne kroky boli realizované na riešenie krízovej situácie fyzickej osoby ***a s akým výsledkom?***

☐ Podanie žiadosti o vypracovanie integrovaného posudku na ÚPSVaR, ak ešte nebol vydaný.

- ***Presný dátum podania žiadosti na ÚPSVaR:***

☐ Využitie možnosti domácej opatrovateľskej služby poskytovanej mestom alebo obcou

☐ Využitie denného stacionára

☐ Kontaktovanie terénnej sociálnej služby alebo komunitného centra

☐ Využitie odľahčovacej služby

☐ Využitie možnosti čerpania dlhodobého ošetrovného (najviac 90 dní) zo Sociálnej poisťovne

☐ Kontaktovanie ošetrujúceho lekára alebo zdravotníckeho zariadenia za účelov využitia následnej zdravotnej starostlivosti (psychiatrická liečebňa, liečebňa dlhodobo chorých, dom ošetrovateľskej starostlivosti

- **Uveďte, kde konkrétne bola poskytovaná následná zdravotná starostlivosť:**

☐ Zisťovanie voľných miest v zariadeniach sociálnych služieb a podanie žiadosti o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby, resp. zaradenie žiadosti do evidencie čakateľov

- Uveďte konkrétne zariadenie/poskytovateľa:

Vyhlásenie žiadateľa o bezodkladnosť

Vypĺňa fyzická osoba, ktorej sa má zabezpečiť poskytovanie sociálnej služby bezodkladne, ak jej zdravotný stav dovoľuje žiadosť podať samostatne.

Vyhlasujem, že údaje uvedené v tomto formulári a jeho prílohách sú podľa môjho vedomia pravdivé a úplné. Som si vedomý/á, že uvedenie nepravdivých údajov, zamlčanie podstatných skutočností alebo predloženie nepravdivých dokladov môže ovplyvniť posúdenie bezodkladnosti a môže mať právne následky podľa príslušných právnych predpisov.

Dátum: Podpis žiadateľa:

Vyhlásenie inej osoby, ktorá formulár podáva v mene alebo v záujme fyzickej osoby

Vypĺňa iná fyzická osoba (príbuzný, sused, známy, sociálny pracovník obce, nemocnice...) alebo CDR, ak žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže úkon urobiť sám.

Vyhlasujem, že údaje uvedené v tomto formulári a jeho prílohách sú podľa môjho vedomia pravdivé a úplné a že konám v mene alebo v záujme osoby, ktorej sa má sociálna služba zabezpečiť bezodkladne.

Som si vedomý/á, že uvedenie nepravdivých údajov, zamlčanie podstatných skutočností alebo predloženie nepravdivých dokladov môže ovplyvniť posúdenie bezodkladnosti a môže mať právne následky podľa príslušných právnych predpisov.

Dátum: Podpis:

POUČENIE O SPRACÚVANÍ OSOBNÝCH ÚDAJOV

Osobné údaje uvedené v tomto formulári a jeho prílohách spracúva Košický samosprávny kraj v nevyhnutnom rozsahu na účely posúdenia a zabezpečenia poskytovania sociálnej služby bezodkladne podľa zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov.

Bližšie informácie o spracúvaní osobných údajov a právach dotknutých osôb sú zverejnené na webovom sídle Košického samosprávneho kraja v časti **Spracúvanie osobných údajov**.