|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Potvrdenie ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave** | | |
| Podľa ustanovenia § 92 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov | | |
|  |  |  |
| **Osobné údaje žiadateľa:** |  |  |
| Titul: |  |  |
| Meno: | Priezvisko: | |
| Dátum narodenia | Rodné číslo: | |
| **Adresa trvalého pobytu:** | | |
| Obec, PSČ: | Ulica, číslo: | |
| Poznámka: | | |
|  | | |
|  |  |  |
| **Žiadateľ:** |  |  |
| je postihnutá(ý) duševnou poruchou\* - inou poruchou (fyzickou)\*, pre ktorú nemôže samostatne konať vo veciach sociálnych služieb. Podľa ustanovenia § 92 ods. 6 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 v znení neskorších predpisov, ak fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama podať žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby alebo uzatvoriť zmluvu o poskytovaní sociálnej služby, môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať žiadosť alebo uzatvoriť zmluvu aj iná fyzická osoba. | | |
|
|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| V: ................................ dňa: ........................ | |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | podpis lekára a odtlačok jeho pečiatky | |