|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **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 |