



**Mesto Lučenec – Mestský úrad,
Ulica novohradská č. 1, 984 01, Lučenec**

Žiadosť o požičiavanie pomôcky

1. Údaje o žiadateľovi

Meno a priezvisko:	
Deň, mesiac, rok narodenia:	Rodinný stav:
Trvalý pobyt:	Číslo telefónu:
Prechodný pobyt:	Štátna príslušnosť:
Poberateľ dôchodku:	Druh dôchodku :

2. Údaja o zákonného zástupcu (vyplňte v prípade, ak osoby, ktorej sa má sociálna služba poskytovať, nie je pôsobila na právne úkony)

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

3. Odôvodnenia poskytovania sociálnej služby

.....
.....
.....
.....
na určitý čas: od do

4. Názov pomôcky

--

5. Vyhlásenie žiadateľa

Čestne vyhlasujem, že som všetky údaje uviedol (a) pravdivo. Som si vedomý (á) právnych následkov, uvedenia nepravdivých údajov ako aj toho, že neprávom prijaté služby som povinný (á) nahradiť.

Súhlasím s vyžiadaním údajov o mojej osobe potrebných pre poskytovanie sociálnej služby - požičiavanie kompenzačných pomôcok.

Dňa

.....
Podpis žiadateľa / zákonného zástupcu

K žiadosti je potrebné priložiť nasledovné prílohy:(preukazujúce splnenie podmienok žiadateľa na poskytovanie sociálnej služby):

- potvrdenie lekára o nepriaznivom zdravotnom stave žiadateľa resp. posudok odkázanosti na pomôcku vydaným úradom práce, sociálnych vecí a rodiny,
- občiansky preukaz

Potvrdenie o nepriaznivom zdravotnom stave
(vyplní ošetrujúci lekár)

Priezvisko a meno:

Dátum narodenia:

Adresa trvalého pobytu

Rodinný stav:

Týmto potvrdzujem, že ošetrovaný * **Je odkázaný – nie je odkázaný** na pomôcku, a to v dôsledku diagnózy ošetrovaného v slovenských názvoch (telesne postihnutý, chronicky chorý, po úraze a i.):

Hlavné ochorenie

Vedľajšie ochorenie:

Momentálne ošetrovaný nemá možnosť zabezpečiť si danú kompenzačnú pomôcku, preto vzhľadom na nepriaznivý zdravotný stav * **odporúčujem – neodporúčujem** zapožičiavať pomôcku od mesta Lučenec

Ošetrovaný je : ↑ pohyblivý

↑ čiastočne pohyblivý (môže na krátko opustiť lôžko)

↑ nepohyblivý (trvalo pripútaný na lôžko)

Vdňa

.....
Podpis lekára