MESTO PARTIZÁNSKE

Mestský úrad
Nám. SNP 212/4, 958 01Partizánske
www.partizanske.sk

Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti

o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby,
ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

Žiadateľ: .....
priezvisko (tiež rodné priezvisko) meno titul

Dátum narodenia: .....
deň, mesiac, rok

Miesto narodenia: .....
obec (mesto) okres

Bydlisko: .....
ulica a číslo obec (mesto) PSČ

Vyjadrenie lekára:

dňa: pečiatka: podpis:

Poznámka:
Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (ošetrujúceho lekára) sa dokladá k žiadosti o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, k žiadosti o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby, k uzatvoreniu zmluvy o poskytovaní sociálnej služby alebo k udeleniu súhlasu na poskytnutie sociálnej služby na účely odľahčovacej služby a to v prípade, ak žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť, alebo udeliť súhlas na poskytnutie sociálnej služby.