**Potvrdenie ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave**

Žiadateľ:

Meno a priezvisko:........................................................................................................

Dátum narodenia:.........................................................................................................

Adresa trvalého pobytu:................................................................................................

Je postihnutá(ý) psychickým/ fyzickým ochorením\*, pre ktoré nie je schopná/ý podpisu a nemôže podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, podať žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby, uzatvoriť zmluvu o poskytovaní sociálnej služby alebo udeliť súhlas na poskytnutie sociálnej služby.

V ...................................................., dňa .....................................

 ....................................................................

 podpis a pečiatka ošetrujúceho lekára

**\***nehodiace sa, prečiarknúť

Všetky náležitosti, ktoré sa týkajú poskytovania sociálnych služieb (podanie žiadosti o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, podanie žiadosti o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby, uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby alebo udelenie súhlasu na poskytnutie sociálnej služby) podľa § 92 ods. 6 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v platnom znení môže v jej/jeho mene podať žiadosť, uzatvoriť zmluvu alebo udeliť súhlas táto osoba:

Meno a priezvisko:..........................................................................................................

Dátum narodenia:...........................................................................................................

Adresa trvalého pobytu:..................................................................................................

Toto potvrdenie sa vydáva na sociálne účely pre PE-ES, n.o., 972 24 Diviacka Nová Ves 465