**Žiadosť**

**o posúdenie zdravotného stavu na účely štátnych sociálnych dávok**

|  |  |
| --- | --- |
| (Údaje v žiadosti vyplňujte paličkovým písmom a zodpovedajúci údaj označte podľa tohto vzoru) | X |

1. ***Vyplní žiadateľ***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Meno |  | Priezvisko | Dátum narodenia |  | Rodné číslo |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **/** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Adresa trvalého alebo prechodného1) pobytu v SR** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ulica |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | číslo |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | PSČ |  |  |  |  |  |  |  | Obec |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Žiadam o posúdenie** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | zdravotného stavu dieťaťa, ktoré je2) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Meno |  | Priezvisko | Dátum narodenia |  | Rodné číslo |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **/** |  |  |  |  |  |  |
| **Adresa trvalého alebo prechodného1) pobytu v SR** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ulica |  |  |  |  |  |  |  |  | číslo |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | PSČ |  |  |  |  |  |  | Obec |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Žiadam o posúdenie zdravotného stavu dieťaťa od** ............................... .

*Pozn.:*

*V prípade novej žiadosti o rodičovský príspevok/ príspevok na starostlivosť o dieťa tento dátum sa zhoduje s dátumom nároku na rodičovský príspevok/príspevok na starostlivosť o dieťa*.

*V prípade prídavku na dieťa sa dátum zhoduje s dátumom, odkedy sa dieťa po skončení povinnej školskej dochádzky nemôže pripravovať na povolanie štúdiom.*

**Vyhlásenie**

Som si vedomý (á) právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov v tejto žiadosti. Súhlasím s použitím osobných údajov uvedených v tejto žiadosti na účely spracovania v informačných systémoch.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dátum |  | Podpis žiadateľa |
|  |  |  |

**Poučenie pre žiadateľa**:

* **proti posudku o dlhodobo nepriaznivom zdravotnom stave dieťaťa nie je možné podať odvolanie,** nakoľko nemá povahu rozhodnutia, ale je len podkladom pre ďalšie konanie, prebiehajúce na útvare štátnych sociálnych dávok v rámci posudzovania nároku o štátnych sociálnych dávkach,
* v prípade, ak posudkový lekár stanoví termín opätovného posúdenia dlhodobo nepriaznivého zdravotného stavu dieťaťa (termín kontroly), nie je potrebné, aby žiadateľ podával novú žiadosť o posúdenie. Útvar posudkových činností pred termínom kontroly vyzve oprávnenú osobu k predloženiu aktuálnych lekárskych nálezov.

**Číselné odkazy**

1. vyplní cudzinec s prechodným pobytom na území SR (nehodiace sa prečiarknite)
2. uviesť vzťah k dieťaťu (napr. syn, dcéra, zverené dieťa na základe rozhodnutia súdu)

**Úrad práce sociálnych vecí a rodiny v**

**Lekársky nález**

**na účely štátnych sociálnych dávok**

1. ***Vyplní vyšetrujúci lekár***

**Lekársky nález vyžiadaný dňa**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Meno a priezvisko posudzovanej osoby |  | **Dátum narodenia** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rodné číslo |  |  |  |  |  |  |  |  | **/** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Adresa trvalého alebo prechodného1) pobytu v SR** |  |  |  |  |  |
| Ulica |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | číslo |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PSČ |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Obec |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Lekársky nález**2)

**1. Anamnéza**

1. **Rodinná**
2. **Osobná**
3. **Sociálna**
4. **Terajšie ťažkosti**

**Číselné odkazy**

1. vyplní cudzinec s prechodným pobytom na území SR (nehodiace sa prečiarknite)
2. vyplní vyšetrujúci lekár

1. **Zhodnotenie zdravotného stavu**

(celkový stav, podrobný popis príznakov choroby / chorôb, výsledky odborných a laboratórnych vyšetrení)

**3. Diagnóza**

(štádium choroby a prognóza jej vývoja s ohodnotením funkčných porúch)



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dátum |  | Pečiatka |  |
|  | a podpis vyšetrujúceho lekára |  |
|  |  |  |