

Заява на оцінку стану здоров'я для призначення державних соціальних виплат

(в заяві заповніть друкованими літерами та позначте відповідні дані за цим)



A. Заповнює заявник

| | | | |
|--|---|----------------------|---|
| Ім'я | Прізвище | Дата народження | Ідентифікаційний номер фізичної особи |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Адреса постійного або тимчасового проживання в Словаччині¹⁾ | | | |
| Вулиця | <input type="text"/> | | номер <input type="text"/> |
| Індекс | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Населений пункт | <input type="text"/> |
| Прошу надати оцінку стану здоров'я дитини, яка²⁾ | | | |
| Ім'я | Прізвище | Дата народження | Ідентифікаційний номер фізичної особи |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Адреса постійного або тимчасового¹⁾ проживання в Словаччині | | | |
| Вулиця | <input type="text"/> | | номер <input type="text"/> |
| Індекс | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Населений пункт | <input type="text"/> |
| Звертаюсь за оцінкою стану здоров'я дитини від | | | |
| <i>Прим. У разі подання нової заяви на отримання батьківської допомоги/допомоги по догляду за дитиною ця дата збігається з датою виникнення права на отримання батьківської допомоги/допомоги по догляду за дитиною. У випадку допомоги на дитину ця дата збігається з датою, з якої дитина не може готуватися до професії шляхом навчання після закінчення загальноосвітньої школи.</i> | | | |
| Декларація | | | |
| Мені відомо про правові наслідки надання неправдивих даних у цій заяві. Я даю згоду на використання персональних даних, наданих у цій заявці, для цілей обробки в інформаційних системах. | | | |

Дата

Підпис
заявника

Роз'яснення для заявника:

- **оскаржити висновок про тривалий несприятливий стан здоров'я дитини не можна**, оскільки він не має характеру рішення, а є лише підставою для подальшого провадження, яке триває в управлінні державних соціальних допомог у межах рамки оцінки заяви про державну соціальну допомогу,
- якщо судмедексперт призначає дату повторного огляду тривалого несприятливого стану здоров'я дитини (дата огляду), заявнику не потрібно подавати нову заяву на огляд. Перед датою перевірки відділ оціночної діяльності запрошує уповноважену особу для надання актуальних медичних висновків.

Числові посилання

- 1) заповнюється іноземцем, який тимчасово проживає на території Словачької Республіки (викреслити непотрібне)
- 2) вказати спорідненість з дитиною (наприклад, син, дочка, прийомна дитина за рішенням суду)

Управління праці соціальних питань та сім'ї

Медичний висновок для призначення державної соціальної допомоги

В. Заповнюється лікуючим лікарем

Заяву на медичний висновок було подано

Ім'я та прізвище оцінюваної особи

Дата народження

Ідентифікаційний номер фізичної особи

Адреса постійного або тимчасового¹⁾ проживання в Словаччині

Вулиця

номер

Місто/село

Індекс

Медичний висновок²⁾

1. Анамнез

(a) Сімейний

(b) Особистий

(c) Соціальний

(d) Актуальні скарги

Числові посилання

- 1) заповнюється іноземцем, який тимчасово проживає на території Словацької Республіки (викреслити непотрібне)
- 2) Заповнюється лікуючим лікарем

2. Оцінка стану здоров'я

загальний стан, детальний опис симптомів захворювання/хвороб, результати професійного та лабораторного обстеження)

3. Діагноз

(стадія захворювання та прогноз його розвитку з оцінкою функціональних порушень)

Дата

Печатка
і підпис лікуючого лікаря

