

# Potvrdenie

(v zmysle § 92 ods. 6 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov)

Ako ošetrojúci lekár fyzickej osoby:

Meno a priezvisko .....

Dát. nar.: .....

Trvale bytom: .....

*(meno a priezvisko, dátum narodenia, rodné číslo, adresa trvalého pobytu)*

(ďalej len ako „fyzická osoba“ a/alebo „záujemca o poskytovanie sociálnej služby“)

týmto

## **p o t v r d z u j e m ,**

že menovaná fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama 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 na účely odľahčovacej služby prevziať rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu.

Toto potvrdenie sa vydáva v zmysle § 92 ods. 6 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov na účely:

.....  
.....

Na základe vyššie uvedeného bude zastupovať menovanú fyzickú osobu:

Meno a priezvisko: .....

Dát. nar.: .....

Trvale bytom: .....

V .....

Dňa .....

.....

Pečiatka a podpis  
ošetrojúceho lekára