Potvrdenie ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave

Potvrdzujem, že ....., nar.: .....,
(titul., meno, priezvisko)

rodné číslo:....., trvalý pobyt: .....,

je postihnutá(ý) duševnou poruchou* - inou poruchou (fyzickou)*, pre ktorú nemôže samostatne konať vo veciach sociálnych služieb. Podľa ustanovenia § 92 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov v znení neskorších predpisov (ďalej len zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách), ak fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama podať žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby, uzatvoriť zmluvu o poskytovaní sociálnej služby, preukázať skutočnosti podľa § 73 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách alebo udeliť súhlas na poskytnutie sociálnej služby na účely odľahčovacej služby, môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby vykonať tieto úkony aj iná fyzická osoba alebo centrum pre deti a rodiny, ktoré poskytuje starostlivosť tejto fyzickej osobe, ak je fyzickou osobou podľa § 81a ods. 7 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách.

V: .....

Dňa: ....
odtlačok pečiatky a podpis ošetrujúceho lekára

---

* *nehodiace sa vyčiarknite*