

## LEKÁRSKE POTVRDENIE

Potvrdzujem, že žiadateľ o poskytovanie sociálnej služby:

**Priezvisko a meno, titul:** .....

**Dátum narodenia:** .....

**Adresa trvalého bydliska:** .....

### **Nedokáže vzhľadom na svoj nepriaznivý zdravotný stav**

- podať žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby,
- podpísať zmluvu o poskytovaní sociálnej služby,
- podpísať vyhlásenie o majetku na účely platenia úhrady za sociálne služby,
- podpísať vyhlásenie o príjme fyzickej osoby na účely platenia úhrady za sociálnu službu podľa § 72 ods.17 zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov

V ....., dňa .....

.....

Pečiatka a podpis lekára