



SOCIÁLNE SLUŽBY MESTA TREŇČÍN, m.r.o.
PIARISTICKÁ 42
911 01 TREŇČÍN

DOTAZNÍK

pre identifikáciu prostredia, sociálnej situácie a zdravotného stavu žiadateľa o poskytovanie sociálnej služby monitorovanie a signalizácia potreby pomoci

Poskytovateľ:

| |
|----------------------|
| IČO: |
| Názov poskytovateľa: |

Údaje o prijímateľovi:

| | | |
|---|--------------------|--------------------|
| Titul (pred menom)*: | Titul (za menom)*: | |
| Meno: | Priezvisko: | |
| Dátum narodenia: | Rodné číslo: | |
| Tel. číslo: | E-mail*: | |
| Pohlavie: | Rodinný stav: | |
| Štátne občianstvo: | | |
| Adresa trvalého pobytu: | | |
| Ulica: | Súpisné číslo: | Orientačné číslo*: |
| Obec: | PSČ: | |
| Zdravotné znevýhodnenie žiadateľa: | | |
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| Vyberte kód ochorenia z prílohy. | | |

Zákonný zástupca/opatrovník žiadateľa (vyplňte v prípade, ak žiadateľ(ka), nie je spôsobilý(á) na právne úkony):

| | | |
|--------------------------------|----------------|--------------------|
| Titul: | | |
| Meno: | Priezvisko: | |
| Dátum narodenia: | Rodné číslo: | |
| Tel. číslo: | E-mail: | |
| Adresa trvalého pobytu: | | |
| Ulica: | Súpisné číslo: | Orientačné číslo*: |
| Obec: | PSČ: | |

Druh a forma sociálnej služby:

| |
|---|
| Druh sociálnej služby: <i>Monitorovanie a signalizácia potreby pomoci</i> |
| Forma sociálnej služby: <i>iná (s použitím telekomunikačných technológií)</i> |
| Deň začatia poskytovania sociálnej služby (uved'te dátum): |
| Čas poskytovania sociálnej služby (určitý/neurčitý): |



SOCIÁLNE SLUŽBY MESTA TREŇČÍN, m.r.o.
PIARISTICKÁ 42
911 01 TREŇČÍN

Domácnosť:

| | | |
|---|----------------|--------------------|
| Miesto poskytovania sociálnej služby (adresa domácnosti): | | |
| Ulica: | Súpisné číslo: | Orientačné číslo*: |
| Obec: | PSČ: | |
| Majiteľ nehnuteľnosti: | | |
| áno | *nie | |
| * v prípade, že žiadateľ nie je vlastníkom nehnuteľnosti, je potrebné predložiť overený súhlas vlastníka nehnuteľnosti s inštaláciou zariadení v domácnosti (tlačivo sa nachádza na www.tsk.sk v časti IDA-podpora AAL v podmienkach TSK) | | |
| Typ domácnosti: | | |
| Počet izieb: | | |
| Byt | Garsónka | 3-izbový |
| Rodinný dom | 2 Garsónka | 4-izbový |
| | 1-izbový | 5-izbový |
| | 2-izbový | |
| V prípade neštandardnej domácnosti vyberte konfiguráciu, ktorá sa najviac približuje k dispozícii domácnosti a do poznámky pridajte dodatočné požiadavky | | |
| Nachádza sa v domácnosti schodisko? | | |
| áno | nie | |
| Poznámka: | | |
| Sú v domácnosti aj ďalšie vchodové dvere? | | |
| V prípade, že má domácnosť viac ako 2 vchodové dvere je potrebné túto informáciu uviesť do poznámky | | |
| áno | nie | |
| Poznámka: | | |
| Sú kúpeľňa a toaleta dve samostatné miestnosti? | | |
| áno | nie | |
| Inštalácia pohybového senzoru do WC | | |
| Inštalácia pohybového senzoru do kúpeľne s toaletou | | |
| Inštalácia pohybového senzoru do kúpeľne | | |
| Má prijímateľ domáce zvieratá? | | |
| áno | nie | |
| Poznámka (treba uviesť druh, príp. počet): | | |



SOCIÁLNE SLUŽBY MESTA TRENČÍN, m.r.o.
PIARISTICKÁ 42
911 01 TRENČÍN

| | |
|---|-------------------|
| Dohliadajúca osoba 1 (osoba oboznamovaná o mimoriadnych situáciách - rodinný príslušník, sused, sociálny pracovník...) | |
| Meno: | Priezvisko: |
| Tel. číslo: | E-mail: |
| Vzťah ku prijímateľovi: | |
| Má mať táto dohliadajúca osoba možnosť aktivovať/deaktivovať monitoring? | |
| áno | nie |

| | |
|---|-------------------|
| Dohliadajúca osoba 2 (osoba oboznamovaná o mimoriadnych situáciách - rodinný príslušník, sused, sociálny pracovník...) | |
| Meno: | Priezvisko: |
| Tel. číslo: | E-mail: |
| Vzťah ku prijímateľovi: | |
| Má mať táto dohliadajúca osoba možnosť aktivovať/deaktivovať monitoring? | |
| áno | nie |

| | |
|---|-------------------|
| Dohliadajúca osoba 3 (osoba oboznamovaná o mimoriadnych situáciách - rodinný príslušník, sused, sociálny pracovník...) | |
| Meno: | Priezvisko: |
| Tel. číslo: | E-mail: |
| Vzťah ku prijímateľovi: | |
| Má mať táto dohliadajúca osoba možnosť aktivovať/deaktivovať monitoring? | |
| áno | nie |

Pohotovostné čísla:

| |
|----------------------------------|
| Meno/Názov: |
| Pohotovostné tel. číslo 1: |
| Meno/Názov: |
| Pohotovostné tel. číslo 2: |
| Meno/Názov: |
| Pohotovostné tel. číslo 3: |

V, dňa

.....
podpis žiadateľa

.....
meno a priezvisko zamestnanca