



*Centrum sociálnych služieb
Horný Turiec
039 19 Turčianske Teplice, Banská 533/19*

ŽIADOSŤ O ZABEZPEČENIE POSKYTOVANIA ODĽAHČOVACEJ PODPORNEJ SLUŽBY V CSS Horný Turiec Turčianske Teplice

1. Údaje o fyzickej osobe : (opatrovatel'/ka)

Meno, priezvisko :		
Dátum narodenia :	Rodinný stav :	Tel. kontakt :
Adresa trvalého pobytu :		Štátne občianstvo:
Aktuálne miesto pobytu :		

2. Údaje o fyzickej osobe : (opatrovaná osoba)

Meno, priezvisko :		
Dátum narodenia :	Rodinný stav :	Tel. kontakt :
Adresa trvalého pobytu :		Štátne občianstvo:
Aktuálne miesto pobytu :		

3. Údaje o rodinných príslušníkoch opatrovanej osoby :

- a) údaje o manželovi/ manželke a ďalších spoločne posudzovaných osobách, žijúcich v spoločnej domácnosti :

Meno a priezvisko	Dátum narodenia	Adresa, telefón	Príbuzenský vzťah

- b) osoby žijúce mimo spoločnej domácnosti : (manželka, rodičia, deti, zať, nevesta)

Meno a priezvisko	Dátum narodenia	Adresa, telefón	Príbuzenský vzťah



Centrum sociálnych služieb
Horný Turiec
039 19 Turčianske Teplice, Banská 533/19

4. Druh a forma sociálnej služby podľa výberu opatrovanej osoby o poskytovanie odľahčovacej služby :

Druh sociálnej služby, ktorá sa bude poskytovať opatrovanej osobe počas čerpania odľahčovacej služby: ☐ v zariadení sociálnych služieb

Forma sociálnej služby: ☐ pobytová

5. Čas poskytovania odľahčovacej služby

Deň začatia poskytovania odľahčovacej služby :

Čas poskytovania odľahčovacej služby :

Deň skončenia poskytovania odľahčovacej služby :

6. Prehľad o poskytovanej odľahčovacej službe

V roku bola/nebola * poskytnutá odľahčovacia službakrát, v počte.....dní

7. Zdôvodnenie, prečo rodinní príslušníci nemôžu zabezpečiť opatrovanie fyzickej osoby s ŤZP :

V
.....
podpis dotknutej osoby/zákonného zástupcu

V
.....
podpis žiadateľ/zákonného zástupcu

Doklady, ktoré je potrebné k žiadosti o zabezpečenie poskytovania odľahčovacej služby priložiť:

- 1) Komplexný posudok z ÚPSVaR o odkázanosti na sociálnu službu od opatrovanej osoby
- 2) Čestné prehlásenie opatrovateľa o bezinfekčnosti opatrovanej osoby
- 3) Právoplatné rozhodnutie o pozbavení spôsobilosti na právne úkony opatrovanej osoby ~

* nehodiace sa prečiarknuť



Centrum sociálnych služieb
Horný Turiec
039 19 Turčianske Teplice, Banská 533/19

Príloha:

Prijímateľ/ka sociálnej služby:

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia: Rodné číslo:

Trvalý/prechodný pobyt:

Zákonný zástupca (kontaktná osoba):

Telefón: E-mail:

Zdravotná poisťovňa žiadateľa:

Kontakt na všeobecného lekára:

Meno a priezvisko: Telefón:

Životospráva, návyky:

Vstávanie: ☐ sám/a ☐ musí sa budiť

Spánok: ☐ dopoludnia ☐ popoludní ☐ nespí

Večer zaspáva pravidelne o: h

Sebaobslužné činnosti:

Obliekanie/vyzliekanie samostatne: ☐ áno ☐ čiastočne ☐ nie

Negatívne citové prejavy: ☐ áno ☐ nie

Ak áno, uveďte prosím, aké a ako pri takýchto situáciách reagovať:

.....
.....

Komunikácia:

☐ bežne komunikuje ☐ zvuky, zvuky hlások ☐ posunky ☐ slová ☐ vety ☐ ukazovanie
prstom/doprovod k predmetu záujmu ☐ nenadväzuje adekvátny kontakt

Iné



Centrum sociálnych služieb
Horný Turiec
039 19 Turčianske Teplice, Banská 533/19

Oblúbené činnosti, aktivity:

Činnosti, ktoré ho rozladia/odmieta:

Stereotypy/činnosti, ktoré ho upokojujú:

Oblúbená pomôcka/činnosť na upokojenie: ☐ áno (aká?) ☐ nie

Motivácia k aktivite:

Zdravotný stav:

Mobilita/motorika:

Alergie: ☐ áno aké: ☐ nie

Epilepsia: ☐ áno ☐ nie

Očný kontakt: ☐ udržiava ☐ udržiava len veľmi krátko ☐ neudržiava

Zrakové znevýhodnenie: ☐ áno, aké: ☐ nie

Sluch: reaguje na slovné pokyny ☐ áno ☐ nie

Sluchové znevýhodnenie: ☐ áno, aké: ☐ nie

Žiadateľ je citlivý na: ☐ zvuky ☐ svetelné efekty ☐ farby ☐ kolektív neznámych ľudí

☐ uzatvorenú miestnosť ☐ na dotyk cudzej osoby ☐ predmety,

Iné: (mentálne, psychické)

.....

Užívané lieky	Ráno	Obed	Večer

Iné dôležité informácie o žiadateľovi:

.....

.....

Vyplnil:



*Centrum sociálnych služieb
Horný Turiec
039 19 Turčianske Teplice, Banská 533/19*