

Naziv izvajalca
institucionalnega varstva :
Naslov :

PROŠNJA ZA SPREJEM ALI PREMESTITEV V INSTITUCIONALNO VARSTVO

☐ Sprejem

☐ Premestitev

UPORABNIK

1. IME IN PRIIMEK: _____

2. Enotna Matična Številka Občana:

3. STALNO PREBIVALIŠČE: Ulica _____

Kraj: _____ Občina: _____ Pošta:

4. Telefonska/GSM številka:

5. Ali ste prostovoljno zdravstveno zavarovani: DA NE

ZAKONITI ZASTOPNIK OZ. POOBLAŠČENEC

(**Zakoniti zastopnik** je tisti, ki je kot tak določen z zakonom ali z aktom pristojnega organa na podlagi zakona; **Pooblaščenec** je tisti, ki ga uporabnik s pooblastilom pooblasti, da ga zastopa v postopku sprejema, premestitve oziroma odpusta iz zavoda)

6. IME IN PRIIMEK: _____

7. STALNO PREBIVALIŠČE: Ulica _____

Kraj: _____ Občina: _____ Pošta:

8. Telefonska/GSM številka:

KONTAKTNA OSEBA

(Izpolniti le, če je kontaktna oseba različna od zakonitega zastopnika oz. pooblaščenca)

9. IME IN PRIIMEK: _____

10. Ulica _____ Kraj: _____ Pošta:

11. Telefonska/GSM številka:

MESEČNI DOHODKI UPORABNIKA IN PLAČILO STORITVE

12. REDNI MESEČNI DOHODKI:

- ☐ Nimam rednih dohodkov
 ☐ Imam redne dohodke

13. PLAČILO STORITEV

- ☐ Storitev bom v celoti plačeval sam
☐ Storitev bom plačeval do višine svoje plačilne sposobnosti razliko pa bodo doplačevale naslednje osebe:

ime priimek	leto. rojstva	naslov prebivališča	telefonska številka	razmerje do upravičenca

- ☐ Zaposil bom za oprostitev plačila oziroma za (do)plačilo

STORITVE

14. NAVEDITE, ZAKAJ POTREBUJETE STORITVE IZVAJALCA

15. KAKŠNO VRSTO, OBLIKO IN TRAJANJE STORITVE ŽELITE (obkrožite) ?

- vrsta:* ☐ v zavodu (domu) ☐ v stanovanjski skupini ali bivalni skupnosti ☐ drugo
- trajanje:* ☐ stalno (nedoločen čas) ☐ začasno od _____ do _____
- oblika:* ☐ dnevno (do 12 ur) ☐ celodnevno

Ali v primeru dnevnega varstva potrebujete prevoz? DA NE

16. V KAKŠNI SOBI ŽELITE BIVATI (obkrožite)?

- ☐ enoposteljni ☐ dvoposteljni
☐ večposteljni ☐ apartmaju

17. KAKŠNO IN KOLIKO POMOČI POTREBUJETE PRI VSAKDANJIH OPRAVILIH IN SKRBI ZASE (prekrižajte ustrezen kvadrater)?

Pri	sem samostojen/a	potrebujem pomoč		opomba
		občasno	stalno	
oblačenju in slačenju	☐	☐	☐	
obuvanju in sezuvanju	☐	☐	☐	
umivanju, kopanju	☐	☐	☐	
prehranjevanju	☐	☐	☐	
odvajanju	☐	☐	☐	

18. KDAJ ŽELITE ZAČETI UPORABLJATI STORITVE?

19. ŽELIM, DA PROŠNJO POSREDUJETE ŠE NASLEDNJIM IZVAJALCEM:

Vlagatelj mora priložiti naslednja dokazila:

1. zdravniško mnenje o zdravstvenem stanju, staro največ mesec dni, če ni razvidno iz dokazil iz zadnje točke,
2. * izjavo o (do)plačilu storitve s strani tretje osebe,
3. odločbo pristojnega organa oziroma izvedensko mnenje pristojne komisije, izdano v postopku uveljavljanja pravic po drugih predpisih (v primeru prošnje za sprejem oziroma premestitev v posebni socialno varstveni zavod, kombinirani socialno varstveni zavod, varstveno delovni center ali v zavod za usposabljanje),
4. **pooblastilo oz. odločbo o postavitvi zakonitega zastopnika.

Organ, ki vodi postopek po uradni dolžnosti pridobiva potrebne podatke in dokazila iz uradnih evidenc in druge podatke za katere ima podlago v zakonu, ki ureja socialno varstvo.

V skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov dovoljujem, da se moji osebni podatki, navedeni v tej prošnji, posredujejo zavodom, ki sem jih navedel v 18. točki te prošnje in jih oni uporabljajo v postopkih uveljavljanja pravice do institucionalnega varstva.

Podpis uporabnika _____
(zakonitega zastopnika oz. pooblaščenca)

oz.

Podpis drugega vlagatelja _____
(če prošnje ne vlaga uporabnik)

- razmerje do uporabnika _____
- naslov _____

V _____, dne: _____

* obvezna priloga le v primeru, da storitev (do)plačuje tudi tretja oseba

** obvezna priloga le v primeru, če prošnjo za sprejem oz. premestitev vlaga zakoniti zastopnik ali pooblaščenec vlagatelja

(Zdravstveni zavod, zasebna ambulanta)

MNENJE O ZDRAVSTVENEM STANJU
za uveljavljanje pravice do socialno varstvene storitve

Ime in priimek: _____

EMŠO: _____

Stalno prebivališče: _____

Diagnoza:

Dosedanja
terapija:

Gibanje: ☐ normalno

☐ delno oteženo

☐ nepomičen-na

Sluh: ☐ sliši

☐ naglušen-na

 gluh-a

Vid: ☐ vidi

☐ slaboviden-na

☐ step-a

Govorna komunikacija:

☐ mogoča

☐ ni mogoča

Medicinsko-tehnični pripomočki:

☐ ne uporablja

☐ uporablja

Vrsta pripomočkov, tudi ev.

zdravljenje s kisikom:

Odvajanje: ☐ kontinenca

☐ inkotenca za urin,☐ inkotenca za blato☐ urinski kater

Vrsta: _____

☐ Stoma:

Vrsta: _____

Stanje kože (rane, razjeda zaradi pritiska):

Pomoč druge osebe:

☐ ni potrebna

☐ je potrebna

Prehranjevanje: ☐ per os

☐ hranjenje po NGS

☐ hranilna stoma

Dietna prehrana:

☐ ni potrebna

☐ je potrebna

Katera:

Psihično stanje: ☐ orientiran-a ☐ delno orientiran-a ☐ ni orientiran-na

Ali potrebuje nadzor:

☐ da

☐ ne

MRSA:

Ob premestitvi

iz bolnice:

☐ ne

☐ da

☐ preiskava ni bila opravljena

Če biva doma:

☐ ne

☐ da

☐ preiskava ni bila opravljena

Druge posebnosti zdravstvenega stanja, ki so pomembne za izvajanje storitev:

Drugo:

Podpis odgovorne medicinske
sestre

Žig:

Podpis osebnega zdravnika:

Kraj in datum:

Soglašam s posredovanjem gornjih podatkov za potrebe uveljavljanja zdravstvenih in socialno varstvenih storitev.

Upravičenec / skrbnik / pooblaščenec:

IZJAVA

o doplačevanju oskrbnih stroškov

Podpisani/a _____

EMŠO: * _____, Davčna številka: * _____

s stalnim prebivališčem _____

zaposlen pri: _____

IZJAVLJAM

da bom (do)plačeval(a) stroške oskrbe v domu za starejše za:

ime in priimek _____

datum rojstva _____

stalno bivališče _____

in sicer:

a) celotne stroške oskrbe od dneva vselitve v dom,

b) doplačeval(a) k polni ceni oskrbnih stroškov,

v zakonitem roku na osnovi izstavljenega računa, sicer mi bodo zaračunane zakonite zamudne obresti.

To izjavo podajam in podpisujem prostovoljno in se zavedam svojih obveznosti in morebitnih posledic.

Izjavo podal(a):

Kraj: _____

(podpis)

Datum: _____

*Podatki se podajajo in zbirajo izključno za namene morebitne izvršbe.

POOBLASTILO

Podpisani (vlagatelj/vlagateljica) _____

rojen/a _____

s stalnim prebivališčem _____

pooblašcam

(pooblaščenca/pooblaščenko) _____

roj. _____

s stalnim prebivališčem _____

da me zastopa v postopku pri uveljavljanju pravice do institucionalnega varstva.

Imenovanemu/i dajem splošno pooblastilo po veljavnih pravnih predpisih ter po predpisih o upravnem postopku, zlasti tudi za sprejem tožb, sodb, sklepov in zemljiškoknjižnih sklepov ter vseh drugih odločb.

Zavezujem se, da bom priznal/a vse njegovo/no delo v mojem imenu za pravno veljavno.

V/Na _____, dne _____

Podpis pooblastitelja:
