

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

Pošta:

Kraj:

Občina:

4. Telefonska/GSM številka:

5. Ali ste prostovoljno zdravstveno zavarovani:

DA

NE

6. Davčna številka:

Kraj rojstva:

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)

7. IME IN PRIIMEK:

8. STALNO PREBIVALIŠČE: Ulica

Pošta:

Kraj:

Občina:

9. Telefonska/GSM številka:

KONTAKTNA OSEBA

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

10. IME IN PRIIMEK:

11. Pošta:

Ulica:

Kraj:

12. Telefonska/GSM številka:

MESEČNI DOHODKI UPORABNIKA IN PLAČILO STORITVE

13. REDNI MESEČNI DOHODKI:

- Nimam rednih dohodkov Imam redne dohodke

14. PLAČILO STORITEV

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

Ime priimek	Leto rojstva	Naslov prebivališča	Telefonska številka	Razmerje do upravičenca

- Zaprtil bom za oprostitev plačila oziroma za (do)plačilo

STORITVE

15. NAVEDITE, ZAKAJ POTREBUJETE STORITVE IZVAJALCA:

16. 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

17. V KAKŠNI SOBI ŽELITE BIVATI (obkrožite)?

- enoposteljni dvoposteljni
 večposteljni apartmaju

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

Pri	Sem samostojen/a	Potrebujem pomoč		Opomba
		občasno	stalno	
oblačenju in slačenju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
obuvanju in sezuvanju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
umivanju, kopanju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
prehranjevanju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
odvajanju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

19. KDAJ ŽELITE ZAČETI UPORABLJATI STORITVE?

20. 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.

V , dne:

Podpis uporabnika, zakonitega zastopnika oz.
 pooblaščenca (prekrižajte ustrezen kvadrateg):

oziroma podpis drugega vlagatelja (če prošnje ne vlaga uporabnik):

Razmerje do uporabnika:

Naslov:

* 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