

MESEČNI DOHODKI UPORABNIKA IN PLAČILO STORITVE

13. 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 in priimek	leto rojstva	naslov prebivališča	telefonska številka	razmerje do upravičenca

Zaprtil 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 domu v stanovanjski ali bivalni skupini krizna namestitev v domu 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

več posteljni

apartmaju ali garsonjeri

KAKŠNO IN KOLIKO POMOČI POTREBUJETE PRI VSAKDANJIH OPRAVILIH IN SKRBI ZASE
(prekrižajte ustrezen kvadrateg)

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"/>	

18. KDAJ ŽELITE ZAČETI Z BIVANJEM V DOMU?

19. ŽELIM, DA SE PROŠNJO ZA SPREJEM POSREDUJE 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 19. 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 _____
- telefonska številka _____

V _____, dne: _____

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

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