

VLOGA ZA SPREJEM ALI PREMESTITEV V INSTITUCIONALNO VARSTVO

Sprejem

Premestitev

UPORABNIK

1. IME IN PRIIMEK: _____

2. EMŠO: _____, št. osebne izkaznice: _____

3. STALNO PREBIVALIŠČE: ulica: _____,

kraj: _____, pošta: _____, občina: _____

4. Tel. št.: _____, e-pošta: _____

5. Ali ste prostovoljno zdravstveno zavarovani: **DA** **NE**

6. Številka zdravstvene izkaznice: _____

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: _____,

kraj: _____, pošta: _____, občina: _____

9. Tel. št.: _____, e-pošta: _____

KONTAKTNA OSEBA

10. IME IN PRIIMEK: _____

11. STALNO PREBIVALIŠČE: ulica: _____,

kraj: _____, pošta: _____, občina: _____

12. Tel. št.: _____, e-pošta: _____

13. REDNI MESEČNI DOHODKI:

a) Nimam rednih dohodkov

b) Imam redne dohodke

Št. pokojninske zadeve: _____

c) Dodatek za pomoč in postrežbo:

- prejemam (višina: I. II. III.)
- ne prejemam
- zahtevek je že oddan

14. PLAČILO STORITEV

a) Storitev bom v celoti plačeval sam

b) Storitev bom plačeval do višine svoje plačilne sposobnosti, razliko pa bodo doplačevale naslednje osebe:

PRIIMEK IN IME	Naslov bivališča	Telefon	Razmerje do upravičenca

c) Zaprošil bom za oprostitev plačila oziroma za doplačilo

STORITVE

15. NAVEDITE, ZAKAJ POTREBUJETE STORITVE IZVAJALCA

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

Vrsta: a) v zavodu (domu) b) v stanovanjski skupini ali bivalni skupnosti c) drugo

Trajanje: a) stalno (nedoločen čas) b) začasno od _____ do _____

Oblika: a) dnevno varstvo (do 12 ur) b) celodnevno

Ali v primeru dnevnega varstva potrebujete prevoz? DA NE

17. V KAKŠNI SOBI ŽELITE BIVATI (obkrožite)?

a) enoposteljni

b) dvoposteljni

18. KAKŠNO IN KOLIKO POMOČI POTREBUJETE PRI VSAKDANJIH OPRAVILIH IN SKRBI ZASE (označite v kvadratih)?

Oblika pomoči	Sem samostojen/na	Potrebujem pomoč		Opomba
		Občasno	Stalno	
Oblačenju in slačenju				
Obuvanje in sezuvanje				
Umivanju, kopanju				
Prehranjevanju				
Odvajanju				

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 dokazila 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 oziroma skrbnika.**

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 20. 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 vloga uporabnik)*

***Razmerje do uporabnika: _____**

***Naslov: _____**

V/na: _____, dne: _____

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

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