

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: _____

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 prošnja za sprejem oz. premestitev vloga zakoniti zastopnik ali pooblaščenec vlagatelja.