



# DOM OB SAVINJI CELJE

Jurčičeva 6, Celje

## CENTER ZA POMOČ NA DOMU

☎ 03/427-97-40

e-naslov: cpd@domobsavinji.si

## DNEVNI CENTER

DATUM: ..... PREJEMNIK NAROČILA:.....

### UPORABNIK/CA

PRIIMEK IN IME..... ROJEN/A .....

STALNO BIVALIŠČE: .....

TELEFON: .....OBČINA:.....

STANJE: .....

### STORITEV, KI BI JO POTREBOVAL/A:

A – pomoč pri vzdrževanju osebne higiene.....

B – pomoč pri ohranjanju socialnih stikov.....

C - .....

### ČASOVNI PLAN:

DAN: pon tor sre čet pet sob URA:.....

PREDVIDENA VKLJUČITEV: .....

NAROČILO POSREDOVAL: a)uporabnik b) svojci .....

c) patronažna služba..... d) socialna služba .....

e) zdravnik..... f) .....

PRVI OBISK V CPD: .....OBISK NA DOMU:.....

KONTAKTNA OSEBA: .....priimek in ime

naslov .....telefon.....

.....

.....



# DOM OB SAVINJI CELJE

Jurčičeva 6, Celje

## CENTER ZA POMOČ NA DOMU

☎ 03/427-97-40

e-naslov: cpd@domobsavinji.si

### PRIJAVA ZA DNEVNI CENTER DOMA OB SAVINJI CELJE

#### OSEBNI PODATKI UPORABNIKA STORITEV DNEVNEGA CENTRA

Ime in priimek:..... spol: M Ž

Datum rojstva:.....Kraj in občina rojstva:.....

Naslov stalnega bivališča:.....

Telefon:.....Občina:.....

EMŠO:.....Davčna številka:.....

**Naročam tudi druge storitve Centra za pomoč na domu: NE DA**

A – pomoč na domu B – dostava kosil C – pomoč na daljavo D -.....

#### Podatki o življenjski skupnosti ali gospodinjstvu:

A – živim sam/a B – živim z zakoncem C – živim pri drugih ljudeh

D – živim s sorodniki..... E – drugo.....

**Stopnja izobrazbe:**.....poklic:.....

#### Podatki o svojcih in drugih kontaktnih osebah:

Priimek in ime:.....

Naslov:.....Telefon:.....

#### Plačilo storitev

A - storitev bom plačeval/a sam/a

B – storitev bodo doplačevale naslednje osebe:

| Priimek in ime | Naslov | Telefon | Razmerje |
|----------------|--------|---------|----------|
|                |        |         |          |
|                |        |         |          |

C – vložil bom zahtevek za doplačilo pri pristojnem centru za socialno delo

**V Dnevni center želim prihajati: A - vsak dan B - nekajkrat tedensko C - občasno**

|            |    |    |
|------------|----|----|
| Ponedeljek | Od | Do |
| Torek      | Od | Do |
| Sreda      | Od | Do |
| Četrtek    | Od | Do |
| Petek      | Od | Do |

**Kako boste prihajali v Dnevni center?**

**A** – prihajal bom sam/a      **B** – pripeljali me bodo svojci      **C** – drugo.....

**D** – želim, da mi prevoz omogoči Center za pomoč na domu.....

**Katere storitve bi želeli koristiti v času vašega bivanja v Dnevnem centru?**

A – prehrana

B – program delovne terapije

C – fizioterapija, telovadba

D – družabne igre

E – udeležba na prireditvah v domu

F – izleti, sprehodi v okolico

G – skupine za samopomoč

H – frizer

I – masaža

J – pedikura

K -.....

**PODATKI O ZDRAVSTVENEM STANJU UPORABNIKA**

**Potrebujem pomoč in postrežbo druge osebe:**

**NE**      **DA: a** – pri umivanju      **b** – pri oblačenju      **c** – pri hranjenju

**Pri gibanju uporabljam:**

**a** – palico      **b** – hoduljo      **c** – voziček      **d** – ne potrebujem opore

**Dietna prehrana: a** – ni potrebna      **b** – je potrebna (kakšna).....

**Kratek opis zdravstvenih težav:.....**

**Ali prejemate dodatek za pomoč in postrežbo? NE DA - v višini ..... €**

**Izbrani zdravnik:.....**

Celje,..... Podpis uporabnika storitve:.....