



# DOM OB SAVINJI CELJE

Jurčičeva 6, Celje

*CENTER ZA POMOČ NA DOMU*

☎ 03/427 95 26

e-naslov: [cpd@domobsavinji.si](mailto:cpd@domobsavinji.si)

## PROŠNJA ZA IZVAJANJE STORITVE SOCIALNA OSKRBA NA DOMU

Datum: \_\_\_\_\_

Prejemnik prošnje: \_\_\_\_\_

UPRAVIČENEC 1	UPRAVIČENEC 2
Ime in priimek:	Ime in priimek:
Rojen/a: EMŠO:	Rojen/a: EMŠO:
Stalno prebivališče (ulica, kraj, pošta, občina):	
Začasno prebivališče (ulica, kraj, pošta, občina):	
Telefonska in/ali GSM številka:	
Naslov elektronske pošte:	
Opis stanja:	
<b>Ugotavljanje upravičenosti</b> , storitev uveljavlja kot: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ oseba, starejša od 65 let,</li><li>▪ oseba s statusom invalida po Zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb,</li><li>▪ druga invalidna oseba, ki ji je priznana pravica do tuje pomoči in nege,</li><li>▪ kronično bolna in oseba z dolgotrajnimi okvarami zdravja,</li><li>▪ hudo bolan otrok ali otrok s težko motnjo v telesnem ali težko in najtežjo motnjo v duševnem razvoju,</li><li>▪ drugo :</li></ul>	

**Oblike pomoči v okviru storitve socialna oskrba na domu** (ustrezno obkrožite – pri posameznem sklopu se lahko obkroži več oblik pomoči)

OPRAVILA	Šifra storitve	Naziv storitve
<b>A) pomoč pri temeljnih dnevni opravilih</b>	A.01	pomoč pri oblačenju/slačenju
	A.02	pomoč pri umivanju
	A.03	pomoč pri hranjenju
	A.04	pomoč pri opravljanju osnovnih življenjskih potreb
	A.05	vzdrževanje in nega osebnih ortopedskih pripomočkov
<b>B) gospodinjska pomoč</b>	B.01	prinašanje enega pripravljenega obroka hrane
	B.02	nabava živil in priprava enega obroka hrane
	B.03	pomivanje porabljene posode
	B.04	osnovno čiščenje bivalnega dela prostorov z odnašanjem smeti
	B.05	postiljanje in osnovno čiščenje spalnega prostora
<b>C) pomoč pri ohranjanju socialnih stikov</b>	C.01	vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, s prostovoljci in s sorodstvom
	C.02	spremljanje upravičenca pri opravljanju nujnih obveznosti
	C.03	informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca
	C.04	priprava upravičenca na institucionalno varstvo

**Časovni plan:**

**Dan:** ◇ PON ◇ TOR ◇ SRE ◇ ČET ◇ PET ◇ SOB ◇ NED ◇ PRAZNIKI

Želeni termin izvajanja pomoči: .....

Želen začetek izvajanja pomoči: .....

**KOSILO**

**Vrsta kosila:** ◇ navadno ◇ sladkorna dieta ◇ želodčno žolčna dieta

**Časovni plan:**

**Dan:** ◇ PON ◇ TOR ◇ SRE ◇ ČET ◇ PET ◇ SOB ◇ NED ◇ PRAZNIKI

**Pobuda za izvajanje pomoči:**

- a) uporabnik/ca
- b) svojci .....
- c) zdravstvena oz. patronažna služba .....
- d) socialna služba .....
- e) drugo .....

**Podatki o kontaktnih osebah**

Ime in priimek:

\_\_\_\_\_

Ulica, kraj, pošta:

\_\_\_\_\_

Telefonska/GSM številka:

\_\_\_\_\_

Naslov elektronske pošte:

\_\_\_\_\_

**Pred obiskom obvestiti:** .....

Naslov: ..... telefon: .....

Naslov elektronske pošte: .....

Podpis vlagatelja: \_\_\_\_\_

(zakonitega zastopnika oz. pooblaščenca)

OPOMBE:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_