



VLOGA ZAČASNI SPREJEM

v Domu ob Savinji Celje

☐ A - Sprejem

☐ B - Premestitev

I. UPORABNIK

Ime in priimek: _____

EMŠO: _____ Telefon: _____

Naslov stalnega bivališča: _____

Pošta, kraj: _____

Občina: _____

Ali ste prostovoljno zdravstveno zavarovani? ☐ DA ☐ NE

II. 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.]

Ime in priimek: _____

Naslov stalnega bivališča: _____

Pošta, kraj: _____

Občina: _____ Telefon: _____

III. KONTAKTNA OSEBA

[Izpolniti le, če je kontaktna oseba različna od zakonitega zastopnika oz. pooblaščenca.]

Ime in priimek: _____

Naslov stalnega bivališča: _____

Pošta, kraj: _____

Občina: _____ Telefon: _____



IV. MESEČNI DOHODKI UPORABNIKA IN PLAČILO STORITVE

Redni mesečni dohodki:

☐ A - Nimam rednih dohodkov

☐ B - Imam redne prihodke

Plačilo storitev:

☐ A - Storitev bom v celoti plačeval/a sama

☐ B - Storitev bom plačeval/a do višine svoje plačilne sposobnosti, razliko pa bodo doplačevali:

Oseba 1:

Ime in priimek: _____

Naslov: _____

Leto rojstva: _____ Telefon: _____ Razmerje: _____

Oseba 2:

Ime in priimek: _____

Naslov: _____

Leto rojstva: _____ Telefon: _____ Razmerje: _____

Oseba 3:

Ime in priimek: _____

Naslov: _____

Leto rojstva: _____ Telefon: _____ Razmerje: _____

Oseba 4:

Ime in priimek: _____

Naslov: _____

Leto rojstva: _____ Telefon: _____ Razmerje: _____

☐ C - Zaposil bom za oprostitev plačila oziroma za (do)plačilo

V. STORITVE

Navedite, zakaj potrebujete storitve izvajalca: _____

Kakšno vrsto, obliko in trajanje storitve želite?

Vrsta: ☐ A - V zavodu (domu) ☐ B - V stanovanjski skupnosti ali bivalni skupnosti

☐ C - Krizna namestitvev ☐ D - Drugo _____

Trajanje: ☐ A - Stalno (nedoločen čas) ☐ B - Začasno od _____ do _____

Oblika: ☐ A - Dnevno (do 12 ur) ☐ B - Celodnevno

Ali v primeru dnevnega varstva potrebujete prevoz? ☐ DA ☐ NE



V kakšni sobi želite bivati?

☐ A - V enoposteljni sobi

☐ B - V dvoposteljni sobi

Kakšno in koliko pomoči potrebujete pri vsakdanjih opravilih in skrbi zase?

Pri oblačenju in slačenju:

☐ A - Sem samostojen/a

B - Potrebujem pomoč: ☐ Občasno ☐ Stalno

Opomba: _____

Pri obuvanju in sezuvanju:

☐ A - Sem samostojen/a

B - Potrebujem pomoč: ☐ Občasno ☐ Stalno

Opomba: _____

Pri umivanju, kopanju:

☐ A - Sem samostojen/a

B - Potrebujem pomoč: ☐ Občasno ☐ Stalno

Opomba: _____

Pri prehranjevanju:

☐ A - Sem samostojen/a

B - Potrebujem pomoč: ☐ Občasno ☐ Stalno

Opomba: _____

Pri odvajanju:

☐ A - Sem samostojen/a

B - Potrebujem pomoč: ☐ Občasno ☐ Stalno

Opomba: _____

Kdaj želite začeti uporabljati storitve?

Navedite termin: _____

Ali že imate odločbo o dolgotrajni oskrbi?

☐ DA

☐ NE

Katero pravico dolgotrajne oskrbe koristite? _____



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.

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

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

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):

V _____, dne _____