**Enota Idrija**

Arkova 4, 5280 Idrija

T: 05 37 27 270

F: 05 37 27 283

PROŠNJA ZA IZVAJANJE STORITVE POMOČ DRUŽINI NA DOMU V OBLIKI SOCIALNE OSKRBE NA DOMU

**PODATKI O UPRAVIČENCU/KI:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ime in priimek: | | | | | | | |
| Datum in kraj rojstva: | | | EMŠO: | | | | |
| Naslov stalnega prebivališča: | | | | | | | |
| Telefonska in/GSM številka: | | | | | | | |
| Naslov začasnega prebivališča: | | | | | | | |
| **Socialno stanje upravičenca/ke:** | | | | | | | |
| **Zdravstveno stanje upravičenca/ke** (ustrezno obkrožite ali dopolnite) | | | | | | | |
| Gibanje | pomičen | | delno pomičen | | | nepomičen | |
| Uporaba zdravil | samostojno | | | ob pomoči | | | |
| Dieta | sladkorna | | žolčna | | | drugo: | |
| Medicinsko tehnični pripomočki, ki jih uporabljam | bolniška postelja | invalidski voziček | | | počivalnik | | hoduljo |
| bergle | palico | | | slušni aparat | | zobno protezo |
| drugo: | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Drugi pomembni zdravstveni podatki: | | |
| Zdravstveni dom: | Osebni zdravnik: | |
| Ali ste vključeni v patronažno zdravstveno nego | da | ne |

|  |  |
| --- | --- |
| **Katere oblike pomoči v okviru storitve socialna oskrba na domu potrebujete?**  Ustrezno obkrožite (pri posameznem sklopu lahko obkrožite več opravil), pri čemer je potrebno  upoštevati, da je upravičenec je upravičen do pomoči na domu, če potrebuje najmanj dve opravili iz dveh različnih sklopov opravil. | |
| **Pomoč pri temeljnih dnevnih opravilih** | **A.01** pomoč pri oblačenju in 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 |
| **Gospodinjska pomoč** | **B.01** prinašanje enega dnevnega obroka |
| **B.02** nabava živil in priprava enega dnevnega obroka |
| **B.03** pomivanje uporabljene posode |
| **B.04** osnovno čiščenje bivalnega prostora z odnašanjem smeti |
| **B.05** postiljanje in osnovno vzdrževanje spalnega prostora |
| **Pomoč pri ohranjanju socialnih stikov** | **C.01** vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, prostovoljci in 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 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vpišite okvirno kdaj in koliko ur pomoči potrebujete.** (Upoštevajte, da se storitev lahko izvaja do največ 20 ur tedensko.) | | | | | | | |
|  | **PON.** | **TOR.** | **SRE.** | **ČET.** | **PET.** | **SOB.** | **NED** |
| med 7-9h |  |  |  |  |  |  |  |
| med 9-11h |  |  |  |  |  |  |  |
| med 11-15h |  |  |  |  |  |  |  |
| med 15-18h |  |  |  |  |  |  |  |
| med 18-21h |  |  |  |  |  |  |  |
| Drugo |  | | | | | | |

KONTAKTNI PODATKI SVOJCEV/DRUGE POMEMBNE OSEBE

Ime in priimek: Sorodstveni status: Naslov bivališča: Telefonska in/ali GSM številka: Naslov e-pošte:

ZAKONITI ZASTOPNIK določen z zakonom ali aktom pristojnega organa na podlagi zakona Ime in priimek: Naslov bivališča:

Telefonska in/ali GSM številka:

Naslov e-pošte:

V , dne

Podpis vlagatelja/zakonitega zastopnika: