

## 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:				
<b>Socialno stanje upravičenca/ke:</b>				
<b>Zdravstveno stanje upravičenca/ke (ustrezno obkrožite ali dopolnite)</b>				
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

<b>Katere oblike pomoči v okviru storitve socialna oskrba na domu potrebujete?</b>	
Ustrežno 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.	
<b>Pomoč pri temeljnih dnevni opravilih</b>	<b>A.01</b> pomoč pri oblačenju in slačenju
	<b>A.02</b> pomoč pri umivanju
	<b>A.03</b> pomoč pri hranjenju
	<b>A.04</b> pomoč pri opravljanju osnovnih življenjskih potreb
	<b>A.05</b> vzdrževanje in nega osebnih ortopedskih pripomočkov
<b>Gospodinjska pomoč</b>	<b>B.01</b> prinašanje enega dnevnega obroka
	<b>B.02</b> nabava živil in priprava enega dnevnega obroka
	<b>B.03</b> pomivanje uporabljene posode
	<b>B.04</b> osnovno čiščenje bivalnega prostora z odnašanjem smeti
	<b>B.05</b> postiljanje in osnovno vzdrževanje spalnega prostora
<b>Pomoč pri ohranjanju socialnih stikov</b>	<b>C.01</b> vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, prostovoljci in sorodstvom
	<b>C.02</b> spremljanje upravičenca pri opravljanju nujnih obveznosti
	<b>C.03</b> informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca
	<b>C.04</b> priprava upravičenca na institucionalno varstvo

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

<b>KONTAKTNI PODATKI SVOJCEV/DRUGE POMEMBNE OSEBE</b>
Ime in priimek: _____
Sorodstveni status: _____
Naslov bivališča: _____
Telefonska in/ali GSM številka: _____
Naslov e-pošte: _____

<b>ZAKONITI ZASTOPNIK</b> 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: