Naziv izvajalca institucionalnega varstva :

Naslov **:**

PROŠNJA ZA SPREJEM ALI PREMESTITEV V INSTITUCIONALNO VARSTVO

**** **Sprejem ** **Premestitev**

**UPORABNIK**

# IME IN PRIIMEK:

1. Enotna Matična Številka Občana: 
2. STALNO PREBIVALIŠČE: Ulica

Kraj: Občina: Pošta: 

1. Telefonska/GSM številka: 
2. Ali ste prostovoljno zdravstveno zavarovani: DA NE

**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:

1. STALNO PREBIVALIŠČE: Ulica

Kraj: Občina: Pošta: 

1. Telefonska/GSM številka: 

**KONTAKTNA OSEBA**

(Izpolniti le, če je kontaktna oseba različna od zakonitega zastopnika oz. pooblaščenca)

# IME IN PRIIMEK:

1. Ulica Kraj: Pošta: 
2. Telefonska/GSM številka: 

**MESEČNI DOHODKI UPORABNIKA IN PLAČILO STORITVE**

# REDNI MESEČNI DOHODKI:

 Nimam rednih dohodkov  Imam redne dohodke

# PLAČILO STORITEV

* + Storitev bom v celoti plačeval sam
	+ Storitev bom plačeval do višine svoje plačilne sposobnosti razliko pa bodo doplačevale naslednje osebe:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ime priimek | leto.rojstva | naslov prebivališča | telefonskaštevilka | razmerje doupravičenca |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 Zaprosil bom za oprostitev plačila oziroma za (do)plačilo

**STORITVE**

# NAVEDITE, ZAKAJ POTREBUJETE STORITVE IZVAJALCA

1. KAKŠNO VRSTO, OBLIKO IN TRAJANJE STORITVE ŽELITE (obkrožite) ?

*vrsta:*  v zavodu  v stanovanjski skupini  krizna namestitev  drugo (domu) ali bivalni skupnosti v domu

*trajanje:*  stalno (nedoločen čas)  začasno od do

*oblika:*  dnevno ( do 12 ur)  celodnevno

Ali v primeru dnevnega varstva potrebujete prevoz? DA NE

1. V KAKŠNI SOBI ŽELITE BIVATI (obkrožite)?

 enoposteljni  dvoposteljni

 večposteljni  apartmaju

# KAKŠNO IN KOLIKO POMOČI POTREBUJETE PRI VSAKDANJIH OPRAVILIH IN

SKRBI ZASE (prekrižajte ustrezen kvadratek)?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pri | sem samostojen/a | potrebujem pomoč | opomba |
| občasno | stalno |
| oblačenju in slačenju |  |  |  |  |
| obuvanju in sezuvanju |  |  |  |  |
| umivanju, kopanju |  |  |  |  |
| prehranjevanju |  |  |  |  |
| odvajanju |  |  |  |  |

1. KDAJ ŽELITE ZAČETI UPORABLJATI STORITVE?
2. ŽELIM, DA PROŠNJO POSREDUJETE ŠE NASLEDNJIM IZVAJALCEM:

**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.**

**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)**

* razmerje do uporabnika
* naslov
* telefonska številka:

**V , dne:**

**\*** 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