



## MESEČNI DOHODKI UPORABNIKA IN PLAČILO STORITVE

### 12. REDNI MESEČNI DOHODKI:

- Nimam rednih dohodkov  Imam redne dohodke

### 13. PLAČILO STORITEV

- Storitve bom v celoti plačeval sam
- Storitve bom plačeval do višine svoje plačilne sposobnosti razliko pa bodo doplačevale naslednje osebe:

ime priimek	leto. rojstva	naslov prebivališča	telefonska številka	razmerje do upravičenca

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

## STORITVE

### 14. NAVEDITE, ZAKAJ POTREBUJETE STORITVE IZVAJALCA

---

### 15. 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

16. V KAKŠNI SOBI ŽELITE BIVATI (obkrožite)?

- enoposteljni                       dvoposteljni  
 večposteljni                       apartmaju

17. KAKŠNO IN KOLIKO POMOČI POTREBUJETE PRI VSAKDANJIH OPRAVILIH IN SKRBI ZASE (prekrižajte ustrezen kvadrataček)?

Pri	sem samostojen/a	potrebujem pomoč		opomba
		občasno	stalno	
oblačenju in slačenju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
obuvanju in sezuvanju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
umivanju, kopanju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
prehranjevanju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
odvajanju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

18. KDAJ ŽELITE ZAČETI UPORABLJATI STORITVE?

---

19. 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

\_\_\_\_\_  
(Zdravstveni zavod, zasebna ambulanta)

## ZDRAVNIŠKO MNENJE O ZDRAVSTVENEM STANJU

Ime in priimek:.....

EMŠO.....

Stalno  
prebivališče:.....

Diagnoze:

--

Dosedanja terapija:

--

Terapija ob odpustu:

--

Gibanje:     popolna                       delna                       nepokretnost

Sluh:         sliši                               naglušen                       gluha

Vid:          vidi                               slaboviden-a                       slep

Govorna komunikacija:                       možna                       ni možna

Medicinsko – tehnični pripomočki:                       ne                       da

Vrsta pripomočka, tudi ev. Zdravljenje s

kisikom:.....

.....

Odvajanje:     kontinenca                       inkontinenca za urin

Urinski kateter Vrsta: \_\_\_\_\_

Stoma Vrsta: \_\_\_\_\_

Stanje kože (rane, preležanine, ...).....

---

Pomoč druge osebe:       ni potrebna       je potrebna

Prehranjevanje:       per os       hranjenje po NGS       hranilna stoma

Dietna prehrana:       ni potrebna       je potrebna

Katera: \_\_\_\_\_

Psihično stanje:       orientiran-a       delno orientiran-a       ni orientiran-a

Ali potrebuje nadzor:       da       ne

**MRSA:**

Ob premestitvi iz bolnišnice:       da       ne

Če biva doma:       da       ne       preiskava ni bila opravljena

**Druge posebnosti zdravstvenega stanja (obvezno izpolniti pri psihiatričnih bolnikih):**

---

---

---

---

---

**Drugo:** \_\_\_\_\_

---

---

---

**Kraj in datum:**  
\_\_\_\_\_

**Žig:**

**Podpis osebnega zdravnika:**  
\_\_\_\_\_