|  |
| --- |
| Naziv izvajalca institucionalnega varstva : Naslov :  |

PROŠNJA ZA SPREJEM ALI PREMESTITEV V INSTITUCIONALNO VARSTVO

 🞎 Sprejem 🞎 Premestitev

##### UPORABNIK

1. IME IN PRIIMEK: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Enotna Matična Številka Občana: €€€€

Št. os izkaznice: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Davčna številka\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 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)

1. IME IN PRIIMEK: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. STALNO PREBIVALIŠČE: Ulica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kraj:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Občina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pošta: €€

1. Telefonska/GSM številka: €€€€

**KONTAKTNA OSEBA**

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

1. IME IN PRIIMEK: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Ulica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Kraj:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pošta: €€
3. Telefonska/GSM številka: €€€€

edgPodatkeverrvvv

#### mesečni dohodki uporabnika in plačilo storitve

1. REDNI MESEČNI DOHODKI:

🞎 Nimam rednih dohodkov 🞎 Imam redne dohodke

1. 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 | telefonska številka | razmerje do upravičenca |
|  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

##### Storitve

1. NAVEDITE, ZAKAJ POTREBUJETE STORITVE IZVAJALCA

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

*vrsta:* 🞎 v zavodu (domu) 🞎 v stanovanjski skupini 🞎 drugo

 ali bivalni skupnosti

*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

1. 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?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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