

UPORABNIK

1. IME IN PRIIMEK: _____
2. Enotna matična številka občana (EMŠO):
Davčna številka: _____
3. STALNO PREBIVALIŠČE: Ulica _____
Kraj: _____ Občina: _____ Pošta:
4. Telefonska/GSM številka:
5. 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)

6. IME IN PRIIMEK: _____
7. STALNO PREBIVALIŠČE: Ulica _____
Kraj: _____ Občina: _____ Pošta:
8. Telefonska/GSM številka:

MESEČNI DOHODKI UPORABNIKA IN PLAČILO STORITVE

9. REDNI MESEČNI DOHODKI:
 Nimam rednih dohodkov Imam redne dohodke

10. PLAČILO STORITEV

- Storitev bom v celoti plačeval sam
 Storitev bom plačeval do višine svoje plačilne sposobnosti razliko pa bodo doplačevali:

Ime in priimek	Leto rojstva	Naslov prebivališča	Telefonska številka	Razmerje do upravičenca

Pripravil: Zala Novak

Odgovoren: Zala Novak

Odobril: Breda Pavlenč

Dokumenti so obvladovani računalniško v DNA. Na papir natisnjeni dokumenti predstavljajo kopijo. V primeru razlik med dokumenti se uporabi izvorni dokument v DNA.

 MGC Bled	PROŠNJA ZA SPREJEM V DNEVNO VARSTVO MGC VEZENINE BLED	Vrsta dokumenta: OBRAZEC Izdaja 1 Datum: 7.4.2022 Stran 2 od 2
--	--	--

STORITVE

11. DNEVNO VARSTVO BOM OBISKOVAL:

pon tor sre čet pet Predvidena ura prihoda: _____

12. VRSTA PREHRANE:

- navadna prehrana
- dietna prehrana (sladkorna, želodčno-žolčna)

13. KDAJ ŽELITE ZAČETI UPORABLJATI STORITVE? _____

Vlagatelj mora priložiti naslednja dokazila:

1. Zdravniško mnenje o zdravstvenem stanju, staro največ mesec dni
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)

ali

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

Pripravil: Zala Novak	Odgovoren: Zala Novak	Odobril: Breda Pavlenč
Dokumenti so obvladovani računalniško v DNA. Na papir natisnjeni dokumenti predstavljajo kopijo. V primeru razlik med dokumenti se uporabi izvorni dokument v DNA.		