



CENTER  
SLEPIH IN  
SLABOVIDNIH  
ŠKOFJA LOKA

## Prošnja za sprejem ali premestitev v institucionalno varstvo

### UPORABNIK

Ime	
Priimek	
Rojen(a) dne	
Kraj rojstva:	
Slovensko državljanstvo	DA NE
Spol	M Ž

### Stalno prebivališče:

Ulica	
Kraj	
Občina	
Pošta	
Telefon	
Naslov elektronske pošte	
Enotna matična številka občana (EMŠO)	
Davčna številka	
Ali ste prostovoljno zdravstveno zavarovani ?	DA NE

### Šolska izobrazba: stopnja izobrazbe (zadnja končana šola) - obkroži:

- Brez, nimam nikakršne izobrazbe
- manj kot osnovna šola
- osnovna šola
- krajše izobraževanje - USO
- poklicna šola
- srednja šola
- višja šola 1. stopnja
- fakulteta, višja šola, umet. Akademija
- VII/2 specializacija ali magisterij
- doktorat

**Podatki o družinski skupnosti - obkroži:**

- živim z možem/ženo ali zunajzakonskim partnerjem
- živim sam(a)
- živim pri starših
- živim pri sorodnikih
- živim pri otrocih
- živim pri drugih ljudeh
- v drugi obliki institucionalnega varstva

**Naslov institucionalnega varstva:** \_\_\_\_\_**ZAKONITI ZASTOPNIK, SKRBNIK ZA P.P., POOBLAŠČENEC**

Zakoniti zastopnik 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.

<b>Ime</b>	
<b>Priimek</b>	
<b>Rojen(a) dne</b>	
<b>Kraj</b>	
<b>Slovensko državljanstvo</b>	<b>DA NE</b>
<b>Ulica</b>	
<b>Kraj</b>	
<b>Občina</b>	
<b>Pošta</b>	
<b>Telefon</b>	
<b>Elektronska pošta</b>	
<b>Nastopa kot</b>	<input type="checkbox"/> <b>zastopnik</b> <input type="checkbox"/> <b>pooblaščenec</b> <input type="checkbox"/> <b>skrbnik za p.p.</b>

**KONTAKTNA OSEBA**

<b>Ime</b>	
<b>Priimek</b>	
<b>Rojen(a) dne</b>	
<b>Kraj</b>	
<b>Slovensko državljanstvo</b>	<b>DA NE</b>
<b>Ulica</b>	
<b>Kraj</b>	
<b>Občina</b>	
<b>Pošta</b>	
<b>Telefon</b>	
<b>Elektronska pošta</b>	

## MESEČNI DOHODKI UPORABNIKA IN PLAČILO STORITVE

- Nimam rednih dohodkov**
- Imam dohodke in sicer :**

Številka upravičenca (odrezek pokojnine)	
Znesek pokojnine (starostne, invalidske, vdovske, družinske, državne):	
Znesek invalidnine	
Znesek dodatka za pomoč in postrežbo	
Znesek varstvenega dodatka	
Znesek nadomestila za invalidnost	
Drugi dohodki (npr. renta, priznavalnina)	
<b>SKUPAJ</b>	

## PLAČILO STORITEV

(ne velja za otroke in mladostnike s posebnimi potrebami):

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

<b>Ime</b>	
<b>Priimek</b>	
<b>Rojen(a) leto</b>	
<b>Telefon</b>	
<b>Ulica</b>	
<b>Pošta</b>	

### Razmerje do upravičenca - obkroži:

- zakonski ali izvenzakonski partner
- sin
- hči
- oče
- mati
- odvetnik
- pooblaščenec po uradni dolžnosti
- zakoniti zastopnik
- nekdo drug

in

- Zaprošil bom za oprostitev plačila oziroma za doplačilo

## BIVANJE V ZAVODU

Navedite, zakaj želite bivati v zavodu:

## KAKŠNO VRSTO, TRAJANJE IN OBLIKO STORITVE ŽELITE?

### Vrsta :

- v zavodu (domu)
- v drugi družini
- drugo

### Trajanje :

- Stalno (nedoločen čas)
- Začasno (30 dni)

### Oblika:

- dnevno (do 8 ur)
- celodnevno
- začasna namestitve: od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

### Prevoz: Ali v primeru dnevnega varstva potrebujete prevoz?

- da
- ne

### V kakšni sobi želite bivati:

- enoposteljna
- dvoposteljna
- več posteljna

## Kakšno pomoč potrebujete pri vsakdanjih opravilih in funkcijah:

PRI	STOPNJA POMOČI - potrebujem		OPOMBE
oblačenju in slačenju:	delno pomoč	stalno pomoč	
obuvanju in sezuvanju:	delno pomoč	stalno pomoč	
umivanju, kopanju:	delno pomoč	stalno pomoč	
prehranjevanju:	delno pomoč	stalno pomoč	
odvajanju:	delno pomoč	stalno pomoč	

## Kdaj želite začeti z bivanjem v zavodu ?

Navedite datum : \_\_\_\_\_

## OBVEZNE PRILOGE:

- zdravniško mnenje o zdravstvenem stanju, staro največ mesec dni,
- kopijo odločbe oziroma pooblastila, če prošnjo za sprejem vlaga zakoniti zastopnik, skrbnik za p.p. oz. pooblaščenec

Soglašam, da Zavod uporablja navedene podatke za potrebe institucionalnega varstva in obveščanja ostalih zavodov.

V skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov dovoljujem, da se moji osebni podatki uporabljajo za namene, za katere ima Zavod javno pooblastilo.

Podpis uporabnika \_\_\_\_\_  
(zakonitega zastopnika, skrbnika za p.p. ali pooblaščenca)

**Podpis drugega vlagatelja** \_\_\_\_\_  
**(če prošnje ne vlaga uporabnik)**

- razmerje do uporabnika \_\_\_\_\_
- naslov \_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_, dne : \_\_\_\_\_