

Prošnja za sprejem 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 OZ. 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.

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

*** KONTAKTNA OSEBA**

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

* 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)	
SKUPAJ	

* 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:**

Ime	
Priimek	
Rojen(a) leto	
Telefon	
Ulica	
Pošta	

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 (manj kot 1 mesec)

Oblika:

- dnevno (do 12 ur)
- celodnevno

Prevoz: Ali v primeru dnevnega varstva potrebujete prevoz?

- da
- ne

V kakšni sobi želite bivati:

- enoposteljna
- dvoposteljna
- več posteljna
- garsonjera

Kakšno pomoč potrebujete pri vsakdanjih opravilih in funkcijah:

PRI	STOPNJA POMOČI - potrebujem		OPOMBE
	delno pomoč	stalno pomoč	
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 (izda pristojni CSD) oziroma pooblastila (overjeno na UE), če prošnjo za sprejem vlaga zakoniti zastopnik oz. pooblaščenec,
- izjavo o (do)plačilu storitve s strani tretje osebe (kadar je potrebno doplačilo s strani tretje osebe).

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 ali pooblaščenca)

V _____, dne : _____