

MESEČNI DOHODKI UPORABNIKA IN PLAČILO STORITVE

12. REDNI MESEČNI DOHODKI:

- Nimam rednih dohodkov
- Imam redne dohodke
 - Pokojnina
 - Dodatek za pomoč in postrežbo
 - Denarna socialna pomoč

13. 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

- Zaprošil 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 (domu) v stanovanjski skupini drugo

ali bivalni skupnosti

trajanje: stalno (nedoločen čas) začasno od _____ do _____

oblika: dnevno (do 12 ur) celodnevno

	VLOGA ZA SPREJEM ALI PREMESTITEV V INSTITUCIONALNO VARSTVO	
	Izdaja: 01	Datum: 20.8.2019

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?

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.

	VLOGA ZA SPREJEM ALI PREMESTITEV V INSTITUCIONALNO VARSTVO	
Izdaja: 01	Datum: 20.8.2019	Številka obrazca: OBR SD 31

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, 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 vlagatelj