

DOM STAREJŠIH OBČANOV
POLDE EBERL-JAMSKI, IZLAKE

Izlake 13, 1411 Izlake



PROŠNJA ZA IZVAJANJE POMOČI NA DOMU V OBLIKI SOCIALNE OSKRBE NA DOMU

Številka vloge: _____

Datum prejete vloge: _____

PODATKI O UPORABNIKU:

Spol: ženski moški

Ime in priimek: _____

Rojstni datum in kraj rojstva: _____

EMŠO: _____

Naslov stalnega prebivališča: _____

Pošta številka: _____

Občina: _____

Naslov začasnega prebivališča: _____

Pošta številka: _____

Občina: _____

Telefonska številka uporabnika: _____

KONTAKTNE OSEBE:

1. Kontaktna oseba

Ime in priimek: _____

Razmerje do uporabnika: _____

Naslov stalnega prebivališča: _____

Pošta številka: _____

Občina: _____

Telefonska številka: _____

Email: _____



2. Kontaktna oseba:

Ime in priimek: _____

Razmerje do uporabnika: _____

Naslov stalnega prebivališča: _____

Pošta številka: _____

Občina: _____

Telefonska številka: _____

Email: _____

MESEČNI DOHODKI UPORABNIKA

Pokojnina Varstveni dodatek Dodatek za pomoč in postrežbo

Invalidnina Drugo: _____

PLAČILO STORITVE

Storitev pomoči na domu:

bom poravnal sam

bo poravnala druga oseba*:

Ime in priimek: _____

Naslov stalnega prebivališča: _____

Pošta številka: _____

Občina: _____

Telefonska številka: _____

Položnica Trajnik zaprosil bom za oprostitev plačila oz. (do)plačila

UPRAVIČENOST DO STORITVE:

Oseba je starejša nad 65 let in ni sposobna za popolnoma samostojno življenje

Oseba ima status invalida po zakonu o družbenemu varstvu duševno in telesno prizadetih oseb oz. po zakonu o socialnem vključevanju invalidov

Oseba ima status invalida in ji je priznana pravica do tuje pomoči in nege za opravljanje večine življenjskih funkcij

Oseba je kronično bolna in z dolgotrajnimi okvarami zdravja, nima priznanega statusa invalida, po oceni CSD brez občasne pomoči druge osebe ni sposobna za samostojno življenje.

Oseba je hudo bolni otrok ali otrok s težko motnjo v telesnem ali težko in najtežjo motnjo v duševnem razvoju, ter ni vključen v organizirane oblike varstva



OPIS RAZMER IN POTREBE PO POMOČI:

Življenjska skupnost: sam z zakoncem z družino
 drugo: _____

Navedite, zakaj potrebujete storitve izvajalca:

Kakšno vrsto, trajanje in obseg storitve želite od izvajalca?

Vrste storitve:

a) Pomoč pri temeljnih dnevnih opravilih:

- pomoč pri oblačenju
- pomoč pri umivanju/kopanju
- pomoč pri hranjenju
- opravljanju osnovnih življenjskih potreb
- vzdr. in nega oseb. ortopedskih pripomočkov

b) Gospodinjska pomoč:

- prinašanje enega pripravljena obroka
- Nabava živil in priprava enega obroka hrane
- Pomivanje uporabljene posode
- Osnovno čiščenje bivalnega dela prostorov
- Postiljanje in osnovno vzdr. Spalnega prostora
- Druga gospodinjska dela: _____

c) Pomoč pri ohranjanju socialnih stikov:

- Vzpostavlanje socialne mreže z okoljem, prostovoljci in s sorodstvom
- Spremljanje upravičenca pri opravljanju nujnih obveznosti
- Informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca
- Priprava upravičenca na institucionalno varstva
- Ostalo:

Trajanje storitve:

nedoločen čas začasno od _____ do _____.



Obseg storitve:

zjutraj: _____

opoldan: _____

popoldan: _____

zvečer: _____

drugo: _____

Potreba izvajalcev po uporabi ključev uporabnika: DA NE

Osebni zdravnik: _____

Zdravstveno stanje (bolezni): _____

Uporaba inkontinentnih pripomočkov: ne potrebujem vložek plenice

Psihično stanje: orientiran/a delno orientiran/a ni orientiran/a

Gibanje: pokreten delno pokreten nepokreten

Uporaba medicinsko tehničnih pripomočkov:

invalidski voziček hoduljica/bergla/palica zagotovljena bolniška postelja

Sluh: sliši naglušen/a gluh/a uporaba slušnega aparata

Vid: vidi slaboviden slep/a uporaba pripomočkov za slepe

Okužbe: ne Preiskave niso bile opravljene Da, katere: _____

Vlagatelj mora priložiti naslednja dokazila:

1. *izjavo o (do)plačilu storitve s strani tretje osebe
2. **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 Zakonu o varstvu osebnih podatkov dovoljujem, da se moji osebni podatki uporabljajo v postopkih uveljavljanja pravice do pomoči na domu.

Podpis uporabnika: _____

oz. podpis drugega vlagatelja** : _____

Razmerje do uporabnika: _____