



11. Telefonska/GSM številka:

MESEČNI DOHODKI UPORABNIKA IN PLAČILO STORITVE

12. REDNI MESEČNI DOHODKI:

- ☐ Nimam rednih dohodkov ☐ Imam redne dohodke

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

- ☐ Zaposil 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 ali bivalni skupnosti ☐ drugo
- trajanje: ☐ stalno (nedoločen čas) ☐ začasno od _____ do _____
- oblika: ☐ dnevno (do 12 ur) ☐ celodnevno

Ali v primeru dnevnega varstva potrebujete prevoz? DA NE

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 kvadratega)?

Pri	sem samostojen/a	potrebujem pomoč		opomba
		občasno	stalno	
oblačenju in slačenju	☐	☐	☐	
obuvanju in sezuvanju	☐	☐	☐	
umivanju, kopanju	☐	☐	☐	
prehranjevanju	☐	☐	☐	
odvajanju	☐	☐	☐	

18. KDAJ ŽELITE ZAČETI UPORABLJATI STORITVE?

19. ŽELIM, DA PROŠNJO POSREDUJETE ŠE NASLEDNJIM IZVAJALCEM:

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.

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 18. točki te prošnje 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 _____

V _____, dne: _____
(zakonitega zastopnika oz. pooblaščenca)

*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