

**MAVIDA ŠENČUR**

Weingerlova ulica 19, 4208 Šenčur

+386 (0) 4 585 15 70

info.sencur@mavidagroup.si

[www.mavidagroup.eu](http://www.mavidagroup.eu)

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

|                                                                               |                                  |                                                      |                                    |                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>UPORABNIK</b>                                                              |                                  |                                                      |                                    |                                   |
| Ime in priimek:                                                               |                                  |                                                      |                                    |                                   |
| EMŠO:                                                                         |                                  |                                                      |                                    |                                   |
| Stalno prebivališče (ulica, kraj, pošta):                                     |                                  |                                                      |                                    |                                   |
| Začasno prebivališča (ulica, kraj, pošta):                                    |                                  |                                                      |                                    |                                   |
| Zdravstveno stanje<br>(ustrezno obkrožite):                                   | <input type="checkbox"/> pomičen | <input type="checkbox"/> delno pomičen               | <input type="checkbox"/> nepomičen |                                   |
| Uporaba MT pripomočka (palica, hodulja, bergle, invalidski voziček) vpišite : |                                  |                                                      |                                    |                                   |
| Ste vključeni v patronažno službo (ustrezno obkrožite): DA NE                 |                                  |                                                      |                                    |                                   |
| STAN :                                                                        | <input type="checkbox"/> samski  | <input type="checkbox"/> poročen                     | <input type="checkbox"/> vdovec    | <input type="checkbox"/> razvezan |
| <b>PODATKI O DRUŽINSKI SKUPNOSTI</b>                                          |                                  |                                                      |                                    |                                   |
| <input type="checkbox"/> živim sam(a)                                         |                                  | <input type="checkbox"/> živim pri drugih sorodnikih |                                    |                                   |
| <input type="checkbox"/> živim z možem/ženo ali                               |                                  | <input type="checkbox"/> živim pri drugih ljudeh     |                                    |                                   |
| <input type="checkbox"/> zunajzakonskim partnerjem                            |                                  | <input type="checkbox"/> drugo .....                 |                                    |                                   |

|                                                            |                                          |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <b>PODATKI O DRUŽINSKI SKUPNOSTI</b>                       |                                          |
| <input type="checkbox"/> uporabnik/ca                      | <input type="checkbox"/> socialna služba |
| <input type="checkbox"/> svojci                            | <input type="checkbox"/> drugo .....     |
| <input type="checkbox"/> zdravstvena oz. patronažna služba |                                          |

# IZPOLNJEVANJE POGOJEV/UPRAVIČENOSTI ZA VKLJUČITEV V STORITEV

| Ustrezno označite        | Upravičenec storitev uveljavlja kot :                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Oseba stara nad 65 let, ki je zaradi starosti ali pojavov, ki spremljajo starost nesposobna za samostojno življenje.                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> | Oseba s statusom invalida po zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb, ki po oceni pristojne komisije ne zmorejo samostojnega življenja, če stopnja in vrsta njihove invalidnosti omogočata občasno oskrbo na domu. |
| <input type="checkbox"/> | Druga invalidna oseba, ki ji je priznana pravica do tuje pomoči in nege za opravljanje večine življenjskih funkcij.                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> | Kronično bolna oseba in oseba z dolgotrajnimi okvarami zdravja, ki nima priznanega statusa invalida, pa je po oceni pristojnega centra za socialno delo brez občasne pomoči druge osebe nesposobna za samostojno življenje.              |
| <input type="checkbox"/> | Hudo bolni otrok ali otrok s težko motnjo v telesnem ali težko in najtežjo motnjo v duševnem razvoju in ni vključen v organizirane oblike varstva.                                                                                       |

## Pomoč na domu potrebujem pri naslednjih opravilih:

| Katere oblike pomoči v okviru storitve socialne oskrbe na domu potrebujete?<br>(ustrezno označite- pri posameznem sklopu se lahko obkroži več oblik pomoči) |                                                                            |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| POMOČ PRI<br>TEMELJNIH<br>DNEVNIH<br>OPRAVILIH                                                                                                              | A.01 pomoč pri oblačenju slačenju                                          | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                             | A.02 pomoč pri umivanju                                                    | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                             | A.03 pomoč pri hranjenju                                                   | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                             | A.04 pomoč pri opravljanju osnovnih življenjskih potreb                    | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                             | A.05 nega in čiščenje ortopedskih pripomočkov                              | <input type="checkbox"/> |
| GOSPODINJSKA<br>POMOČ                                                                                                                                       | B.01 prinašanje enega pripravljenega obroka hrane                          | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                             | B.02 nabava živil in priprava enega obroka hrane                           | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                             | B.03 pomivanje uporabljene posode                                          | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                             | B.04 osnovno čiščenje bivalnega dela prostorov z odnašanjem smeti          | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                             | B.05 postiljanje in osnovno vzdrževanje spalnega prostora                  | <input type="checkbox"/> |
| POMOČ PRI<br>OHRANJANJU<br>SOCIALNIH STIKOV                                                                                                                 | C.01 vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, prostovoljci in s sorodstvom | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                             | C.02 spremljanje upravičenca pri opravljanju nujnih obveznosti             | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                             | C.03 informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca                 | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                             | C.04 priprava upravičenca na institucionalno varstvo                       | <input type="checkbox"/> |

## KOSILO

Vrsta kosila: ☐ navadno ☐ sladkorna dieta ☐ želodčno žolčna dieta ☐ .....

### Časovni plan:

**Dan:** ☐ PON ☐ TOR ☐ SRE ☐ ČET ☐ PET ☐ SOB ☐ NED ☐ PRAZNIKI

Želeni termin izvajanja pomoči:

Želen začetek izvajanja pomoči:

Prosim za izvajanje pomoči na domu tedensko po ..... h.

## PODATKI O BLIŽNJIH SORODNIKI

| Ime in priimek | Sorodstveno razmerje | Naslov bivališča | Tel. doma, Mobitel | Tel. služba |
|----------------|----------------------|------------------|--------------------|-------------|
|                |                      |                  |                    |             |

## ZAKONITI ZASTOPNIK OZ. POOBLAŠČENEC

Zakoniti zastopnik je določen z zakonom ali aktom pristojnega organa na podlagi zakona. Pooblaščenec je tisti, ki ga uporabnik s pooblastilom pooblasti, da ga zastopa v postopku uveljavljanja storitve socialne oskrbe na domu.

| Imenovan (ustrezno obkrožite)                           | Uporabnik | Zakoniti zastopnik/pooblaščenec |
|---------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------|
| Ime in priimek (Uporabnika/zastopnika ali pooblaščenca) |           |                                 |
| Naslov (ulica, kraj, pošta):                            |           |                                 |
| Telefonska številka:                                    |           |                                 |
| Elektronski naslov:                                     |           |                                 |
| Podpis vlagatelja:                                      |           |                                 |
| Podpis uporabnika:                                      |           |                                 |
| Podpis zakonitega zastopnika oz. pooblaščenca:          |           |                                 |