



## PROŠNJA ZA SPREJEM ALI PREMESTITEV V INSTITUCIONALNO VARSTVO

Sprejem

Premestitev

### UPORABNIK

1. IME IN PRIIMEK: \_\_\_\_\_

Rojen dne: \_\_\_\_\_ Kraj rojstva: \_\_\_\_\_

Priimek ob rojstvu: \_\_\_\_\_

Enotna matična številka občana: \_\_\_\_\_

Št. os. dokumenta: \_\_\_\_\_

2. STALNO PREBIVALIŠČE: Ulica \_\_\_\_\_

Kraj: \_\_\_\_\_ Pošta:  Občina: \_\_\_\_\_

3. Telefonska/GSM številka:

4. E-MAIL \_\_\_\_\_

Želim prejemati obvestila o dogodkih v Domu Petra Uzarja Tržič in v Centru za prijetno in aktivno staranje (obkrožite): Da Ne

po e-mailu (obkrožite): Da Ne po pošti (obkrožite): Da Ne

5. Ali ste prostovoljno zdravstveno zavarovani: DA NE

### ZAKONITI ZASTOPNIK OZ. POOBLAŠČENEC

(**Zakoniti zastopnik** je tisti, ki 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)

6. IME IN PRIIMEK: \_\_\_\_\_

7. STALNO PREBIVALIŠČE: Ulica \_\_\_\_\_

Kraj: \_\_\_\_\_ Pošta:  Občina: \_\_\_\_\_

8. Telefonska/GSM številka:

9. E-MAIL \_\_\_\_\_

Želim prejemati obvestila o dogodkih v Domu Petra Uzarja Tržič in v Centru za prijetno in aktivno staranje (obkrožite): Da Ne  
po e-mailu (obkrožite): Da Ne po pošti(obkrožite): Da Ne

### KONTAKTNA OSEBA

(Izpolniti le, če je kontaktna oseba različna od zakonitega zastopnika oz. pooblaščenca)

10. IME IN PRIIMEK: \_\_\_\_\_

11. Ulica \_\_\_\_\_ Kraj: \_\_\_\_\_ Pošta: □□□□

12. Telefonska/GSM številka: □□□□□□□□

13. E-MAIL \_\_\_\_\_

Želim prejemati obvestila o dogodkih v Domu Petra Uzarja Tržič in v Centru za prijetno in aktivno staranje (obkrožite): Da Ne  
po e-mailu (obkrožite): Da Ne po pošti(obkrožite): Da Ne

### MESEČNI DOHODKI UPORABNIKA IN PLAČILO STORITVE

14. REDNI MESEČNI DOHODKI:

Nimam rednih dohodkov  Imam redne dohodke

15. PLAČILO STORITEV

Storitve bom v celoti plačeval sam  
 Storitve 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

16. NAVEDITE, ZAKAJ POTREBUJETE STORITVE IZVAJALCA

---

17. 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

18. V KAKŠNI SOBI ŽELITE BIVATI (obkrožite)?

enoposteljni       dvoposteljni

večposteljni       apartmaju

19. KAKŠNO IN KOLIKO POMOČI POTREBUJETE PRI VSAKDANJIH OPRAVILIH IN SKRBI ZASE (prekrižajte ustrezen kvadratik)?

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"/>	

20. KDAJ ŽELITE ZAČETI UPORABLJATI STORITVE?

---

21. 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: \_\_\_\_\_

\* 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