

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 kvadraterk)?

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?

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: _____

* 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