



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

UPORABNIK

1. Ime in priimek : _____

2. EMŠO in kraj rojstva: _____

3. Stalno prebivališče (ulica, kraj, pošta): _____

4. Začasno prebivališče (ulica, kraj, pošta): _____

5. Telefonska ali GSM številka: _____

6. STAN: samski(a) poročen(a) vdovec(a) razvezan(a)

7. PODATKI O DRUŽINSKI SKUPNOSTI

- a) živim sam (a) c) živim pri drugih sorodnikih
b) živim z možem/ženo ali d) živim pri drugih ljudeh
zunajzakonskim partnerjem e) drugo _____

8. ZDRAVSTVENO STANJE (ustrezno obkrožite):

pomičen delno pomičen nepomičen

Opis stanja:

Ste vključeni v patronažno oskrbo (ustrezno obkrožite): DA NE



9. Pomoč na domu potrebujem pri naslednjih opravilih: (ustrezno označite – pri posameznem sklopu se lahko označi več oblik pomoči):

A	Pomoč pri temeljnih dnevnih opravilih, kamor sodijo:	Želena storitev
01.	Pomoč pri oblačenju, slačenju	
02.	Pomoč pri umivanju, hranjenju, opravljanju osnovnih življenjskih potreb	
03.	Vzdrževanje in nega osebnih ortopedskih pripomočkov	

B	Gospodinjska pomoč, kamor sodijo naslednja opravila:	Želena storitev
01.	Prinašanje enega pripravljenega obroka hrane	
02.	Nabava živil in priprava enega obroka	
03.	Pomivanje uporabljene posode	
04.	Osnovno čiščenje bivalnega dela prostorov z odnašanjem smeti	
05.	Postiljanje in osnovno vzdrževanje spalnega prostora	

C	Pomoč pri ohranjanju socialnih stikov, kamor sodijo:	Želena storitev
01.	Vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, s prostovoljci in s sorodstvom	
02.	Spremljanje upravičenca pri opravljanju nujnih obveznosti	
03.	Informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca ter	
04.	Priprava na institucionalno varstvo	

10. Prosim za izvajanje pomoči na domu _____ tedensko po _____ h/ dan, in sicer po naslednjem časovnem razporedu:



11. PLAČILO STORITEV

- plačal(a) bom v celoti sam-a
- (do)plačniki-i bodo naslednje osebe: _____

- zaprosil-a bom za oprostitev plačila

12. PODATKI O KONTAKTNIH OSEBAH:

Ime in priimek	razmerje do uporabnika	naslov bivališča	telefonska številka

Na podlagi Zakona o varstvu osebnih podatkov (Ur.l.RS, št. 94/07-upb1) in na podlagi Zakona o socialnem varstvu (Ur.l.RS, št. 3/07-upb, s spremembami), spodaj podpisani dovoljujem, da se za potrebe izvajanja socialno varstvene dejavnosti CUDV Črna zbirajo, obdelujejo, shranjujejo, posredujejo in uporabljajo osebni podatki, ki so potrebni v ta namen.

Kraj in datum _____

Ime in priimek zakonitega zastopnika ali pooblaščenca (če obstaja)

Podpis vlagatelja:
 (oz. zakonitega zastopnika ali pooblaščenca)
