DOM UPOKOJENCEV KRANJ
Cesta 1. maja 59, 4000 KRANJ
☎ 04/ 280 13 00, kranj@ssz-slo.si, www.du-kranj.si

PROŠNJA ZA SPREJEM ALI PREMESTITEV V INSTITUCIONALNO VARSTVO

☐ **Sprejem** ☐ **Premestitev**

UPORABNIK

1. IME IN PRIIMEK: _____
2. Enotna Matična Številka Občana: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
   Kraj rojstva _____
3. STALNO PREBIVALIŠČE: Ulica _____
   Kraj:_____ Občina: _____ Pošta: ☐☐☐☐
4. Telefonska/GSM številka: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐
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:_____ Občina: _____ Pošta: ☐☐☐☐
8. Telefonska/GSM številka: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐
   Elektronska pošta _____

KONTAKTNA OSEBA

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

9. IME IN PRIIMEK: _____
10. Ulica _____Kraj:_____ Pošta: ☐☐☐☐
11. Telefonska/GSM številka: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐
    Elektronska pošta _____

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

☐ Zaprosil 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 ☐ krizna namestitev v domu ☐ 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 kvadratek)?

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 19. 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 _____
- telefonska številka: _____

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