

Socialno varstveni zavod :

Naslov :

PROŠNJA ZA SPREJEM ALI PREMESTITEV V INSTITUCIONALNO VARSTVO

Sprejem

Premestitev

UPORABNIK

1. IME IN PRIIMEK: _____

2. ROJEN(a) dne: _____

KRAJ in OBČINA ROJSTVA: _____

3. STALNO PREBIVALIŠČE: Ulica _____

Kraj: _____ Občina: _____ Pošta: dddd

4. TELEFONSKA ŠTEVILKA:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. ENOTNA MATIČNA ŠTEVILKA OBČANA:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. DAVČNA ŠTEVILKA:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. ALI STE PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANI:

DA

NE

8. ŠOLSKA IZOBRAZBA: Stopnja izobrazbe (zadnja končana šola): _____

9. PODATKI O DRUŽINSKI SKUPNOSTI OZ. BIVANJU (obkrožite):

želim sam(a),

želim z možem / ženo ali
zunajzakonskim partnerjem,

želim pri otrocih,

želim pri starših,

želim pri drugih sorodnikih,

želim pri drugih ljudeh,

v drugi obliki institucionalnega varstva;

(naslov _____)

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)

10. IME IN PRIIMEK: _____

11. ROJEN(a) dne: _____ KRAJ: _____

12. STALNO PREBIVALIŠČE: Ulica _____

Kraj: _____

Pošta: _____

dddd _____

13. TELEFONSKA ŠTEVILKA:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MESEČNI DOHODKI UPORABNIKA IN PLAČILO STORITVE

14. REDNI MESEČNI DOHODKI:

Nimam rednih dohodkov

Imam redne dohodke in sicer:

Pokojnina (starostna, invalidska, vdovska, družinska, državna): _____ SIT

št. upravičenca : ddddddddddddddd

Invalidnina _____ SIT

Dodatek za pomoč in postrežbo _____ SIT

Varstveni dodatek _____ SIT

Nadomestilo za invalidnost _____ SIT

Drugi dohodki(npr.: renta, priznavalnina) _____ SIT

SKUPAJ _____ **SIT**

15. 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 doplačilo**

BIVANJE V ZAVODU

16. NAVEDITE, ZAKAJ ŽELITE BIVATI V ZAVODU:

17. KAKŠNO VRSTO, OBLIKO IN TRAJANJE STORITVE ŽELITE (obkrožite) ?

vrsta:

- v zavodu (domu) v drugi družini drugo

trajanje:

- stalno (nedoločen čas) začasno (manj kot 1 mesec)

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 garsonjeri

19. KAKŠNO IN KOLIKO POMOČI POTREBUJETE PRI VSAKDANJIH OPRAVILIH IN SKRBI ZASE ?

Pri	sem samostojen/a	potrebujem pomoč		opomba
		občasno	stalno	
oblačenju in slačenju				
obuvanju in sezuvanju				
umivanju, kopanju				
prehranjevanju				
odvajanju				

20. KDAJ ŽELITE ZAČETI Z BIVANJEM V ZAVODU?

21. ŽELIM, DA SE PROŠNJO ZA SPREJEM OZIROMA PREMESTITEV POSREDUJE ŠE NASLEDNJIM ZAVODOM:

K PROŠNJI PRILAGAM:

1. potrdilo o državljanstvu in potrdilo o stalnem bivališču oziroma dovoljenje za stalno bivanje, oz. fotokopijo osebnega dokumenta,
2. zdravniško mnenje o zdravstvenem stanju, staro največ mesec dni, če ni razvidno iz dokazil iz zadnje točke,
3. dokazilo o višini prejemkov (npr.zadnji odrezek pokojnine),
- 4.* izjava o (do)plačilu storitve s strani tretje osebe,
5. 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).

OPOMBA: Če prošnjo za sprejem oziroma premestitev vlaga zakoniti zastopnik ali pooblaščenec, mora priložiti kopijo pooblastila oziroma odločbe.

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 21. točki te prošnje in jih oni uporabljajo v postopkih uveljavljanja pravice do institucionalnega varstva.

V _____, dne: _____

Podpis uporabnika _____
(zakonitega zastopnika oz. pooblaščenca)

oz.

Podpis drugega vlagatelja _____
(če prošnje ne vlaga uporabnik)

- razmerje do uporabnika _____
- naslov _____

* obvezna priloga le v primeru, da storitev (do)plačuje tudi tretja oseba