

## PROŠNJA ZA SPREJEM V INSTITUCIONALNO VARSTVO

Vlogo pošiljam v:

DOM ZA STAREJŠE BOR  
ČRNI VRH 120  
5274 ČRNI VRH NAD IDRIJODOM STAREJŠIH ŠKOFLJICA  
OB POTOKU 11  
1291 ŠKOFLJICA Sprejem Premestitev

## UPORABNIK

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

2. ENOTNA MATIČNA ŠTEVILKA OBČANA:

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

3. STALNO PREBIVALIŠČE:

Ulica: \_\_\_\_\_

Kraj: \_\_\_\_\_

Občina: \_\_\_\_\_

Pošta: \_\_\_\_\_

Poštna številka:

--	--	--	--

4. TELEFONSKA ŠTEVILKA:

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

MOBITEL:

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

5. ALI STE PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANI:

DA

NE

## ZAKONITI ZASTOPNIK OZIROMA 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: \_\_\_\_\_

Poštna številka:

--	--	--	--

8. Telefonska številka:

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

Mobitel:

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

## KONTAKTNA OSEBA

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

9. IME IN PRIIMEK: \_\_\_\_\_

10. STALNO PREBIVALIŠČE:

Ulica: \_\_\_\_\_

Kraj: \_\_\_\_\_

Pošta: \_\_\_\_\_

Poštna številka:

--	--	--	--

11. Telefonska številka:

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

Mobitel:

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

## 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 sam do višine svoje plačilne sposobnosti razliko pa bodo doplačevale naslednje osebe:

NAVEDITE PODATKE O OSEBAH, KI BODO (DO) PLAČEVALE STORITEV\*:

Ime in priimek	Leto rojstva	Naslov prebivališča	Telefonska številka	Razmerje do upravičenca

- Zaposil bom za oprostitev plačila oziroma za doplačilo

## STORITVE

### 14. NAVEDITE, ZAKAJ POTREBUJETE STORITVE IZVAJALCA:

---

---

---

---

---

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

**Vrsta:**  v zavodu (domu)  v stanovanjski skupnosti 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 kvadratik)

	sem samostojen/a	potrebujem pomoč		opomba
		občasno	stalno	
pri oblačenju in slačenju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
pri obuvanju in sezuvanju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
pri umivanju, kopanju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
pri prehranjevanju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
pri 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 zadnje točke,
2. dokazilo o urejenem dodatnem zavarovanju (fotokopija plačane položnice ali razvidnost plačila na pokojninskem odrezku ali fotokopija veteranske izkaznice ...),
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. \*izjavo o (do)plačilu storitve s strani tretje osebe ali odločbo,
5. \*\* 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.

\* 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

**OPOMBA I.:** Za vlagatelje, ki prihajajo iz bolnišnice ali domske oskrbe, kjer so bili nameščeni nad sedem dni ali so bili hospitalizirani v zadnjih šestih mescih, je potrebno pred sprejemom priložiti izvid kužnine – MRSA in morebitne druge infektivne bolezni. Potrebno je odvzeti brise kožnih gub, žrela in nosne sluznice, v primeru odprte rane pa še bris iz rane.

Za vlagatelje, ki prihajajo od doma, pa v zadnjih šestih mesecih niso bili hospitalizirani, je v primeru odprte rane potrebno odvzeti bris rane, v primeru stalnega urinskega katetra pa bris žrela, nosne sluznice in kožnih gub.

Brise vam lahko odvzamejo v laboratoriju (potrebna medicinska napotnica osebnega zdravnika).

**Zdravniško spričevalo, ne sme biti ob oddaji vloge in ob sprejemu starejši od enega meseca, izvid MRSA pa ne starejši od 10 dni!**

Podpis uporabnika \_\_\_\_\_

(zakonitega zastopnika oz. pooblaščenca)

oz.

Podpis drugega vlagatelja \_\_\_\_\_

(če prošnje ne vlaga uporabnik)

- razmerje do uporabnika: \_\_\_\_\_
- naslov: \_\_\_\_\_
- telefonska št. \_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_, dne: \_\_\_\_\_

(Zdravstveni zavod, zasebna ambulanta)

**MNENJE O ZDRAVSTVENEM STANJU**  
**za uveljavljanje pravice do socialno varstvene storitve**

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

EMŠO: \_\_\_\_\_

Stalno prebivališče: \_\_\_\_\_

**Diagnoze:**

**Dosedanja terapija:**

**Gibanje:**  normalno  delno oteženo  nepomičen – na

**Sluh:**  Sliši  naglušen – na  gluh – a

**Vid:**  vidi  slaboviden - na  slep – a

**Govorna komunikacija**  mogoča  ni mogoča

**Medicinsko – tehnični pripomočki:**  ne uporablja  uporablja

Vrsta pripomočka, tudi ev. zdravljenje s kisikom:

**Odvajanje:**  kontinuenca  inkontinenca za urin  inkontinenca za blato

Urinski kateter Vrsta: \_\_\_\_\_

Stoma Vrsta: \_\_\_\_\_

**Stanje kože** (rane, razjeda zaradi pritiska, ....): \_\_\_\_\_

**Pomoč druge osebe:**  ni potrebna  je potrebna

**Prehranjevanje:**  per os  hranjenje po ngs  hranilna stoma

**Dietna prehrana :**  ni potrebna  je potrebna

Katera: \_\_\_\_\_

**Psihično stanje:**  orientiran -a  delno orientiran - a  ni orientiran –a

**Ali potrebuje nadzor:**  Da  Ne

**MRSA, ESBL:**

Ob premestitvi iz bolnišnice:  ne  da  preiskava ni bila opravljena

Če biva doma:  ne  da  preiskava ni bila opravljena

**Druge posebnosti zdravstvenega stanja, ki so pomembne za izvajanje storitve:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Drugo:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Podpis odgovorne medicinske  
sestre:

Žig

Podpis osebnega zdravnika:

Kraj in datum: \_\_\_\_\_

**Soglašam s posredovanjem gornjih podatkov za potrebe uveljavljanja zdravstvenih in socialnovarstvenih storitev.**

Upravičenec / skrbnik / pooblaščenec: \_\_\_\_\_

## IZJAVA O SOLIDARNEM POROŠTVU

Spodaj podpisani (a) solidarni porok \_\_\_\_\_,

Rojen (a): \_\_\_\_\_,

Stanujoč (a) \_\_\_\_\_,

- davčna št. \_\_\_\_\_,

- EMŠO: \_\_\_\_\_,

Zaposlen (a) \_\_\_\_\_,

št. osebnega računa: \_\_\_\_\_, odprtega pri \_\_\_\_\_,

**izjavljam, da bom (do)plačeval(a) storitev domske oskrbe za \_\_\_\_\_,**

**roj. \_\_\_\_\_, sorodstveno razmerje \_\_\_\_\_ in**

sicer po veljavnem ceniku oskrbnih stroškov Doma.

Nepreklicno se obvezujem, da bom poravnal/a vse obveznosti po izdanih računih in sicer v osmih dneh po izstavitvi računa. Seznanjen/a sem, da mi bo Dom v primeru zamude plačila oskrbnine zaračunal zamudne obresti v zakonsko določeni višini. Vse finančne zadeve bodo v Domu poleg mene urejale še naslednje osebe:

Priimek in ime	Naslov bivališča	Sorodstvo do oskrbovanca	EMŠO

Zavežujem se, da bom v primeru prenehanja izvajanja storitve plačal(a) vse neporavnane obveznosti, sicer jih bo Dom izterjal po sodni poti.

Zavežujem se, da v kolikor ne bo urejeno dodatno zdravstveno zavarovanje uporabnika/ce storitve, bom poravnal(a) tudi stroške zdravstvene nege, ki jih sicer plačuje ZZZS v višini in rokih.

Zavežujem se, da bom izvajalcu sporočil(a) vsako spremembo mojih osebnih podatkov.

To izjavo podpisujem prostovoljno in se zavedam svojih obveznosti in morebitnih posledic.

Izjavo podal(a):

Dne:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_