**PROŠNJA ZA SPREJEM ALI PREMESTITEV V INSTITUCIONALNO VARSTVO**

**Sprejem Premestitev**

**UPORABNIK**

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

2. Enotna Matična Številka Občana:

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:

**KONTAKTNA OSEBA**

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

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

10. STALNO PREBIVALIŠČE: Ulica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Kraj:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Občina:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Pošta:

11 Telefonska /GSM številka:

**MESEČNI DOHODKI UPORABNIKA IN PLAČILO STORITVE**

12. REDNI MESEČNI DOHODKI:

 Nimam rednih dohodkov Imam redne dohodke in sicer:

13. PLAČILO STORITEV

 [ ]  Storitev bom v celoti plačal sam

 [ ]  Storitev bom plačeval do višine svoje plačilne sposobnosti, razliko pa bodo

 doplačevale naslednje osebe

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ime in 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 [ ]  krizna namestitev [ ]  drugo

 ali bivalni skupnosti v domu

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 pomočObčasno stalno | Opomba |
| 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 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