**Prošnja za sprejem v »Hišo generacij«**

UPORABNIK

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ime** |  |  |
| **Priimek** |  |  |
| **Rojen(a) dne** |  |  |
| **Kraj rojstva:** |  |  |
| **Slovensko državljanstvo** |  | **DA NE** |
| **Spol**  |  | **M Ž** |

**Stalno prebivališče:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ulica** |  |  |
| **Kraj** |  |  |
| **Občina** |  |  |
| **Pošta** |  |  |
| **Telefon** |  |  |
| **Naslov elektronske pošte** |  |  |
| **Enotna matična številka občana   (EMŠO)** |  |  |
| **Davčna številka** |  |  |
| **Ali ste prostovoljno zdravstveno zavarovani ?** |  | **DA NE** |

**Šolska izobrazba: stopnja izobrazbe (zadnja  končana šola) - obkroži:**

* Brez, nimam nikakršne izobrazbe
* manj kot osnovna šola
* osnovna šola
* krajše izobraževanje - USO
* poklicna šola
* srednja šola
* višja šola 1. stopnja
* fakulteta, višja šola, umet. Akademija
* VII/2 specializacija ali magisterij
* doktorat

**Podatki o družinski skupnosti - obkroži:**

* živim z možem/ženo ali zunajzakonskim partnerjem
* živim sam(a)
* živim pri starših
* živim pri sorodnikih
* živim pri otrocih
* živim pri drugih ljudeh
* v drugi obliki institucionalnega varstva

**Naslov institucionalnega varstva: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ZAKONITI ZASTOPNIK, SKRBNIK ZA P.P., POOBLAŠČENEC
**Zakoniti zastopnik 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.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ime** |  |  |
| **Priimek** |  |  |
| **Rojen(a) dne** |  |  |
| **Kraj** |  |  |
| **Slovensko državljanstvo** |  |  **DA NE** |
| **Ulica** |  |  |
| **Kraj** |  |  |
| **Občina** |  |  |
| **Pošta** |  |  |
| **Telefon**  |  |  |
| **Elektronska pošta** |  |  |
| **Nastopa kot** |  | * **zastopnik**
* **pooblaščenec**
* **skrbnik za p.p.**
 |

KONTAKTNA OSEBA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ime** |  |  |
| **Priimek** |  |  |
| **Rojen(a) dne** |  |  |
| **Kraj** |  |  |
| **Slovensko državljanstvo** |  |  **DA NE** |
| **Ulica** |  |  |
| **Kraj** |  |  |
| **Občina** |  |  |
| **Pošta** |  |  |
| **Telefon**  |  |  |
| **Elektronska pošta** |  |  |

**MESEČNI DOHODKI UPORABNIKA IN PLAČILO STORITVE**

* **Nimam rednih dohodkov**
* **Imam dohodke in sicer :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Številka upravičenca (odrezek pokojnine)** |  |  |
| **Znesek pokojnine (starostne, invalidske, vdovske, družinske, državne):** |  |  |
| **Znesek invalidnine** |  |  |
| **Znesek dodatka za pomoč in postrežbo** |  |  |
| **Znesek varstvenega dodatka** |  |  |
| **Znesek nadomestila za invalidnost** |  |  |
| **Drugi dohodki (npr. renta, priznavalnina)** |  |  |
| **SKUPAJ** |  |  |

PLAČILO STORITEV (ne velja za otroke in mladostnike s posebnimi potrebami):

* **Storitev bom v celoti plačeval sam**
* **Storitev bom plačeval do višine svoje plačilne sposobnosti razliko pa bodo doplačevale naslednje osebe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ime** |  |  |
| **Priimek** |  |  |
| **Rojen(a) leto**  |  |  |
| **Telefon** |  |  |
| **Ulica** |  |  |
| **Pošta** |  |  |

**Razmerje do upravičenca - obkroži:**

* zakonski ali izvenzakonski partner
* sin
* hči
* oče
* mati
* odvetnik
* pooblaščenec po uradni dolžnosti
* zakoniti zastopnik
* nekdo drug

in

* Zaprosil bom za oprostitev plačila oziroma za doplačilo

BIVANJE V ZAVODU

Navedite, zakaj želite bivati v zavodu:

|  |
| --- |
|  |

KAKŠNO OBLIKO STORITVE ŽELITE?

**Oblika:**

* dnevno (do 8 ur)
* začasna namestitev: od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Prevoz: Ali v primeru dnevnega varstva potrebujete prevoz?**

* da
* ne

**V kakšni sobi želite bivati:**

* dvoposteljna
* več posteljna

**Kakšno pomoč potrebujete pri vsakdanjih opravilih in funkcijah:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PRI** | **STOPNJA POMOČI - potrebujem** | **OPOMBE** |
| oblačenju in slačenju: | delno pomoč | stalno pomoč |  |
| obuvanju in sezuvanju: | delno pomoč | stalno pomoč |  |
| umivanju, kopanju: | delno pomoč | stalno pomoč |  |
| prehranjevanju: | delno pomoč | stalno pomoč |  |
| odvajanju: | delno pomoč | stalno pomoč |  |

**Kdaj želite začeti z bivanjem v zavodu  ?**

 Navedite datum : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OBVEZNE PRILOGE:**

* + zdravniško mnenje o zdravstvenem stanju, staro največ mesec dni,
	+ kopijo odločbe oziroma pooblastila, če prošnjo za sprejem vlaga zakoniti zastopnik, skrbnik za p.p. oz. pooblaščenec

Soglašam, da Zavod uporablja navedene podatke za potrebe institucionalnega varstva in obveščanja ostalih zavodov.

V skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov dovoljujem, da se moji osebni podatki uporabljajo za namene, za katere ima Zavod javno pooblastilo.

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

(zakonitega zastopnika, skrbnika za p.p. ali pooblaščenca)

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

**(če prošnje ne vlaga uporabnik)**

* razmerje do uporabnika \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* naslov \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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