



PROŠNJA ZA IZVAJANJE STORITVE SOCIALNA OSKRBA NA DOMU

Podatki o upravičencu:

Ime in priimek:				
EMŠO				
Stalno prebivališče (ulica, kraj, pošta, občina):				
Začasno prebivališče (ulica, kraj, pošta, občina):				
Naslov začasnega prebivališča (ulica, kraj, pošta, občina)				
Telefonska in/ali GSM številka:				
Naslov elektronske pošte:				
Opis stanja:				
Ugotavljanje upravičenosti , storitev uveljavlja kot:				
- oseba, starejša od 65 let, - oseba s statusom invalida po Zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb, - druga invalidna oseba, ki ji je priznana pravica do tuje pomoči in nege, - kronično bolna in oseba z dolgotrajnimi okvarami zdravja, - hudo bolan otrok ali otrok s težko motnjo v telesnem ali težko in najtežjo motnjo v duševnem razvoju, - drugo : _____				
Gibanje (ustrezno obkrožite):	pomičen	delno pomičen	nepomičen	
Zdravila uporabljate (ustrezno obkrožite):	samostojno		ob pomoči	
Uporabljam naslednje tehnične pripomočke (ustrezno obkrožite):				
bolniško posteljo	invalidski voziček	počivalnik	hoduljo	bergle
slušni aparat		zobno protezo		
Dodatek za pomoč in postrežbo (ustrezno obkroži):		DA	NE	
Osebni zdravnik:				
Ste vključeni v patronažno oskrbo (ustrezno obkrožite):	DA		NE	



Oblike pomoči v okviru storitve socialna oskrba na domu (ustrezno označite s križcem – pri posameznem sklopu se lahko označi več oblik pomoči)¹

OPRAVILA	Naziv storitve
A) pomoč pri temeljnih dnevni opravilih	pomoč pri oblačenju/slačenju
	pomoč pri umivanju
	pomoč pri hranjenju
	pomoč pri opravljanju osnovnih življenjskih potreb
	vzdrževanje in nega osebnih ortopedskih pripomočkov
B) gospodinjska pomoč	prinašanje enega pripravljenega obroka hrane
	nabava živil in priprava enega obroka hrane
	pomivanje porabljene posode
	osnovno čiščenje bivalnega dela prostorov z odnašanjem smeti
	postiljanje in osnovno čiščenje spalnega prostora
C) pomoč pri ohranjanju socialnih stikov	vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, s prostovoljci in s
	spremljanje upravičenca pri opravljanju nujnih obveznosti
	informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca
	priprava upravičenca na institucionalno varstvo

Časovni plan:

Dan:	◇ PON	◇ TOR	◇ SRE	◇ ČET	◇ PET	◇ SOB	◇ NED	◇ PRAZNIKI
-------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	------------

Želeni termin izvajanja pomoči (ustrezno obkroži):

zjutraj	Opoldan (čas kosila)	popoldan
----------------	-----------------------------	-----------------

Želen začetek izvajanja pomoči:	
--	--

KOSILO

Vrsta kosila: ◇ navadno ◇ sladkorna dieta ◇ želodčno žolčna dieta

Časovni plan:

Dan: ◇ PON ◇ TOR ◇ SRE ◇ ČET ◇ PET ◇ SOB ◇ NED ◇ PRAZNIKI

Pobuda za izvajanje pomoči:

- a) uporabnik/ca
- b) svojci _____
- c) zdravstvena oz. patronažna služba _____
- d) socialna služba _____
- e) drugo _____

¹ UPRAVIČENEC JE UPRAVIČEN DO POMOČI NA DOMU, ČE POTREBUJE NAJMANJ DVE OPRAVILI IZ DVEH SKLOPOV ZGORAJ NAŠTETIH OPRAVIL



KONTAKTNA OSEBA, ZAKONITI ZASTOPNIK OZ. 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 uveljavljanja storitve socialna oskrba na domu).

Podatki o kontaktnih osebah:

Podatki o kontaktnih osebah

Ime in priimek: _____

Ulica, kraj, pošta: _____

Telefonska/GSM številka: _____

Naslov elektronske pošte: _____

Razmerje do upravičenca: _____

Pred obiskom obvestiti: _____

Naslov: _____ telefon: _____

Naslov elektronske pošte: _____

Pri prvem obisku koordinatorja/ke bi želeli biti prisotni svojci: NE DA

Priimek in ime: _____

Telefon: _____

Kontakti v postopku pred vključitvijo:

Podpis vlagatelja: _____
(zakonitega zastopnika oz. pooblaščenca)

V Velenju, dne _____

OPOMBE:

Prošnjo posredujte na naslov Doma za varstvo odraslih Velenje, Kidričeva cesta 23, Velenje, prinesite osebno ali jo posredujte na elektronski naslov: valerija.kidric@domvelenje.si