

IZVAJALEC

NASLOV

Tel: Faks:

e-pošta:

**PROŠNJA ZA IZVAJANJE STORITVE POMOČI NA DOMU
V OBLIKI SOCIALNE OSKRBE NA DOMU**

UPRAVIČENEC		
Ime in priimek:		
EMŠO:		
Stalno prebivališče (ulica, kraj, pošta, občina):		
Začasno prebivališče (ulica, kraj, pošta, občina):		
Telefonska in/ali GSM številka:		
Elektronski naslov:		
Opis situacije:		
<hr/> <hr/> <hr/>		
Uporabljam naslednje tehnične pripomočke (<i>ustrezno obkrožite</i>): bolniško posteljo, invalidski voziček, počivalnik, hoduljo, bergle, palico, slušni aparat, zobno protezo,		
Gibanje (<i>ustrezno obkrožite</i>):		
pomičen	delno pomičen	nepomičen
Katere oblike pomoči v okviru storitve socialna oskrba na domu potrebujete? (<i>ustrezno označite – pri posameznem sklopu se lahko obkroži več oblik pomoči</i>)		
a) Pomoč pri temeljnih dnevnih opravilih	pomoč pri oblačenju in slačenju	
	pomoč pri umivanju	
	pomoč pri hranjenju	
	pomoč pri opravljanju osnovnih življenjskih potreb	
	vzdrževanje in nega osebnih ortopedskih pripomočkov	
b) Gospodinjska pomoč	prinašanje enega obroka ali nabava živil in priprava enega obroka	
	pomivanje uporabljene posode	
	osnovno čiščenje bivalnega prostora z odnašanjem smeti	
	postiljanje in osnovno vzdrževanje spalnega prostora	
c) Pomoč pri ohranjanju socialnih stikov	vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, prostovoljci in sorodstvom	
	spremljanje pri opravljanju nujnih obveznostih	
	informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca	
	pomoč pri ohranjanju socialnih stikov	
Želje, pričakovanja, potrebe:		

Željeni časovni obseg storitve

Kolikokrat in v katerem času bi potrebovali pomoč?

.....

.....

Posebnosti, želje, pričakovanja:

.....

.....

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,

Podatki o kontaktnih osebah

Ime in priimek: _____

Telefonska/GSM številka: _____

Naslov elektronske pošte: _____

Podpis vlagatelja:.....
(osebno, zakoniti zastopnik oz. pooblaščenec)

Datum prošnje: