

DOM UPOKOJENCEV VRHNIKA
Idrijska cesta 13
1360 Vrhnika
Tel.: 01 7570 100 ali 7570 112



PROŠNJA ZA IZVAJANJE STORITVE »POMOČ DRUŽINI NA DOMU«

UPORABNIK / UPORABNICA

1. IME IN PRIIMEK: _____,
2. ROJEN(a) dne: _____ KRAJ in OBČINA ROJSTVA: _____
3. STALNO PREBIVALIŠČE: Ulica _____ Kraj: _____
Občina: _____ Pošta: _____
4. ZAČASNO PREBIVALIŠČE: Ulica _____ Kraj: _____
Občina: _____ Pošta: _____
5. TELEFONSKA ŠTEVILKA: _____
6. ENOTNA MATIČNA ŠTEVILKA OBČANA: _____
7. ALI STE OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANI: DA NE
8. ALI STE PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANI: DA NE
9. PODATKI O DRUŽINSKI SKUPNOSTI OZ. BIVANJU (obkrožite):
 - živim sam(a) živim pri drugih sorodnikih
 - živim z možem / ženo ali živim pri drugih ljudeh
 - zunajzakonskim partnerjem živim pri starših
 - živim pri otrocih v drugi obliki institucionalnega varstva;
(naslov _____)
10. ZDRAVSTVENO STANJE (obkrožite):
 - pomičen delno pomičen nepomičen
11. ZDRAVILA UPORABLJATE (obkrožite):
 - samostojno ob pomoči
12. UPORABLJAM NASLEDNJE TEHNIČNE PRIPOMOČKE (obkrožite):
 - bolniško posteljo invalidski voziček počivalnik
 - hoduljo berglje palico
 - slušni aparat zobno protezo
 - drugo: _____

13. ZDRAVSTVENI DOM: _____

OSEBNI ZDRAVNIK: _____

14. STE VKLJUČENI V PATRONAŽNO OSKRBO (obkrožite):

DA NE

15. **OB VKLJUČITVI BO ZAME DENARNE IN DRUGE OSEBNE ZADEVE UREJAL(A):**

Ime in priimek _____, naslov _____,

pošta _____, sorodstveno razmerje _____, telefon doma

_____, telefon v službi _____, GSM _____.

16. **NASLOV SVOJCEV – ZNANCEV:**

Ime in priimek _____, naslov _____,

pošta _____, sorodstveno razmerje _____, telefon doma

_____, telefon v službi _____, GSM _____.

MESEČNI DOHODKI UPORABNIKA/ UPORABNICE IN PLAČILO STORITEV

17. REDNI MESEČNI DOHODKI:

Nimam rednih dohodkov

Imam redne dohodke

18. PLAČILO STORITEV

Storitev bom v celoti plačeval(a) sam(a)

Zaprosil(a) bom za oprostitev plačila oziroma doplačilo

Storitev bom plačeval(a) do višine svoje plačilne sposobnosti, razliko pa bodo

(do)plačevale naslednje osebe:

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

IZVAJANJE STORITVE »POMOČ DRUŽINI NA DOMU«

19. KDAJ ŽELITE BITI VKLJUČENI V STORITEV »POMOČ DRUŽINI NA DOMU«?

OPRAVILA, KI BI JIH ŽELELI:

Skupina opravil:		DA	NE
A POMOČ PRI VZDRŽEVANJU OSEBNE HIGIENE	POMOČ PRI OBLAČENJU / SLAČENJU		
	POMOČ PRI UMIVANJU / KOPANJU		
	POMOČ PRI HRANJENJU		
	POMOČ PRI OPRAVLJANJU OSNOVNIH ŽIVLJENSKIH POTREB		
	VZDRŽEVANJE IN NEGA OSEBNIH ORTOPEDSKIH PRIPOMOČKOV		
B GOSPODINJSKA POMOČ	NABAVA ŽIVIL IN PRIPRAVA ENEGA OBROKA HRANE		
	PRINOS ENEGA PRIPRAVLJENEGA OBROKA HRANE		
	POMIVANJE PORABLJENE POSODE		
	OSNOVNO ČIŠČENJE BIVALNEGA DELA PROSTOROV Z ODNAŠANJEM SMETI		
	POSTILJANJE IN OSNOVNO VZDRŽEVANJE SPALNEGA PROSTORA		
C POMOČ PRI OHRANJANJU SOCIALNIH STIKOV	VZPOSTAVLJANJE SOCIALNE MREŽE Z OKOLJEM IN SORODSTVOM		
	SPREMLJANJE UPORABNIKA(CE) PRI OPRAVLJANJU NUJNIH OBVEZNOSTI		
	INFORMIRANJE USTANOV O STANJU IN POTREBAH UPORABNIKA(CE) TER PRIPRAVA NA INSTITUCIONALNO VARSTVO		

ZA KOLIKO ČASA NA DAN? _____

OB KATERI URI? _____

DO KDAJ ŽELITE, DA SE STORITEV IZVAJA? _____

OPOMBE IN ŽELJE UPORABNIKA(CE):

K PROŠNJI PRILAGAM:

1. potrdilo o državljanstvu in potrdilo o stalnem prebivališču oziroma za stalno bivanje, oz. fotokopijo osebnega dokumenta,
2. zdravniško mnenje o zdravstvenem stanju, staro največ mesec dni,
3. izjava o (do)plačilu storitve s strani tretje osebe.

V _____, dne: _____

Podpis uporabnika/ce _____
(zakonitega zastopnika oz. pooblaščenca)

oziroma

Podpis drugega vlagatelja _____
(če prošnje ne vlaga uporabnik(ca))

- razmerje do uporabnika(ce) _____
- naslov _____