



## MESEČNI DOHODKI UPORABNIKA IN PLAČILO STORITVE

### 12. REDNI MESEČNI DOHODKI:

- Nimam rednih dohodkov  Imam redne dohodke

### 13. PLAČILO STORITEV

- Storitev bom v celoti plačeval 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

- Zaposil bom za oprostitev plačila oziroma za (do)plačilo

## STORITVE

### 14. NAVEDITE, ZAKAJ POTREBUJETE STORITVE IZVAJALCA

---

### 15. KAKŠNO VRSTO, OBLIKO IN TRAJANJE STORITEV ŽELITE (obkrožite)?

vrsta:  v zavodu (domu)  v stanovanjski skupini ali bivalni skupnosti  drugo

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 OPRAVILIHIN SKRBI ZASE (prekrižajte ustrezen kvadrateg)?

Pri	Sem Samostojen/a	Potrebujem pomoč		Opomba
		občasno	stalno	
oblačenju in slačenju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
obuvanju in sezuvanju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
umivanju, kopanju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
prehranjevanju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
odvajanju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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. \*izjava o (do)plačilu storitev 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 v 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 navedla 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