



PROŠNJA ZA SPREJEM ALI
PREMESTITEV V
INSTITUCIONALNO VARSTVO

ZA.ES.01-01

Stran 1 od 8

Naslov: TRBOVLJE, Kolonija 1. maja 21

Sprejem

Premestitev

UPORABNIK

1. IME IN PRIIMEK: _____

2. Enotna matična številka občana:

3. STALNO PREBIVALIŠČE: Ulica _____

Kraj: _____ Občina: _____ Pošta:

4. TELEFONSKA/GSM ŠTEVILKA:

5. Ali ste prostovoljno zdravstveno zavarovani: DA NE

ZAKONITI ZASTOPNIK OZIROMA POOBLAŠČENEC

(Zakoniti zastopnik je tisti, ki 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)

6. IME IN PRIIMEK: _____

7. STALNO PREBIVALIŠČE: Ulica _____

Kraj: _____ Pošta:

8. TELEFONSKA/GSM ŠTEVILKA:

KONTAKTNA OSEBA

(Izpolniti le, če je kontaktna oseba različna od zakonitega zastopnika oz. pooblaščenca)

9. IME IN PRIIMEK: _____

10. NASLOV: _____ Občina: _____

Pošta:

11. TELEFONSKA/GSM ŠTEVILKA:

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 priimek	leto. rojstva	naslov prebivališča	telefonska številka	razmerje do upravičenca

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

STORITVE**14. NAVEDITE, ZAKAJ POTREBUJETE STORITVE IZVAJALCA****15. KAKŠNO VRSTO, OBLIKO IN TRAJANJE STORITVE ŽELITE (obkrožite) ?**

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

trajanje: stalno (nedoločen čas) začasno od _____ do _____

oblika: dnevno (do 12 ur) celodnevno

Ali v primeru dnevnega varstva potrebujete prevoz? DA NE



PROŠNJA ZA SPREJEM ALI
PREMESTITEV V
INSTITUCIONALNO VARSTVO

ZA.ES.01-01

Stran 3 od 8

16. V KAKŠNI SOBI ŽELITE BIVATI (obkrožite)?

- enoposteljni dvoposteljni
 več posteljni apartmaju

17. KAKŠNO IN KOLIKO POMOČI POTREBUJETE PRI VSAKDANJIH
OPRAVILIH IN 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 Z BIVANJEM V ZAVODU? :

19. ŽELIM, DA PROŠNJO ZA POSREDUJE 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 storitve 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.



PROŠNJA ZA SPREJEM ALI
PREMESTITEV V
INSTITUCIONALNO VARSTVO

ZA.ES.01-01

Stran 4 od 8

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 navedel v 18. točki te prošnje in jih oni uporabljajo v postopkih uveljavljanja pravice do institucionalnega varstva.

Podpis uporabnika _____
(zakonitega zastopnika oziroma pooblaščenca)

oziroma

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



POOBLASTILO O ZASTOPSTVU

ZA.ES.05-01

Stran 5 od 8

Podpisani (vlagatelj/vlagateljica) _____, roj. _____,
s stalnim prebivališčem _____

POOBLAŠČAM

(pooblaščenca/pooblaščenko) _____, roj. _____,
s stalnim prebivališčem _____,
da me zastopa v postopku pri uveljavljanju pravice do institucionalnega varstva.

Imenovanemu/i dajem splošno pooblastilo po veljavnih pravnih predpisih ter po predpisih o upravnem postopku, zlasti tudi za sprejem tožb, sodb, sklepov in zemljiškoknjižnih sklepov ter vseh drugih odločb.

Zavezujem se, da bom priznal/a vse njegovo/no delo v mojem imenu za pravno veljavno.

V _____, dne _____

Podpis pooblastitelja:



**PROŠNJA ZA SPREJEM ALI
PREMESTITEV V
INSTITUCIONALNO VARSTVO**

ZA.ES.01-01

Stran 6 od 8

I Z J A V A osebe, ki bo (do) plačevala storitev:

(DO) PLAČNIK: (ime in priimek) _____

Rojen(a) dne _____,

s stalnim prebivališčem _____

kraj _____, pošta _____

Zaposlen _____

1. Nepreklicno se zavezujem, da bom (do) plačeval stroške oskrbe v višini
2. Zavezujem se, da bom v primeru prenehanja izvajanja storitve pred datumom prenehanja poravnal vse morebitne neporavnane obveznosti.
3. zavezujem se, da bom izvajalcu sporočil vsako spremembo mojih osebnih podatkov.

V _____, dne _____

Podpis: _____