Prejeto:………………………………….

****

 Cesta krških žrtev 11

 8270 Krško

 T: 07 490 49 50

 F: 07 490 49 52

 E: gpcsd.krsko@gov.si

****

**Vloga za uveljavljanje pravice do storitev projekta dolgotrajne oskrbe v skupnosti »Most«**

|  |
| --- |
| **Vlagatelj** |

**Ime in priimek:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Spol****:** [ ]  ženski [ ]  moški

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**EMŠO vlagatelja**:

**Naslov stalnega bivališča vlagatelja:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Naslov začasnega bivališča vlagatelja:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Naslov bivališča, kjer se izvede ocena upravičenosti do dolgotrajne oskrbe** (v kolikor se naslov razlikuje od stalnega bivališča vlagatelja):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Telefonska št. vlagatelja:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**E-poštni naslov:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Status vlagatelja:** [ ]  poročen - a [ ]  ločen - a [ ]  samski - a [ ]  vdovec/vdova

|  |
| --- |
| **Skrbnik/zakoniti zastopnik/pooblaščenec** |

**Ime in priimek**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Telefonska št.:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Naslov stalnega/začasnega bivališča:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**E- poštni naslov:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Kontaktna oseba** |

**Ime in priimek**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Telefonska št.:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Naslov stalnega/začasnega bivališča:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**E- poštni naslov:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Opis razlogov zaradi katerih bi vlagatelj potreboval storitve dolgotrajne oskrbe:**

|  |
| --- |
|  |

**Prejemki in storitve, ki jih vlagatelj že prejema:**

[ ]  pomoč s strani svojcev

[ ]  pomoč s strani prostovoljcev

[ ]  dodatek za pomoč in postrežbo

[ ]  storitve pomoči družini na domu: \_\_\_\_\_\_na dan \_\_\_\_\_\_\_teden \_\_\_\_\_\_mesec

[ ]  storitve patronažne zdravstvene nege: \_\_\_\_\_ na dan \_\_\_\_teden \_\_\_\_\_na mesec

[ ]  dnevno varstvo DSO/VDC; **drugo**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Medicinski pripomočki, ki jih vlagatelj uporablja/ima:**

**[ ]**  BOLNIŠKA POSTELJA; navadna/električna

**[ ]**  ANTIDEKUBITUSNA BLAZINA **[ ]**  TRAPEZ **[ ]**  OGRAJA **[ ]**  MIZICA

**[ ]**  ROLATOR  **[ ]**  HODULJA  **[ ]**  BERGLE **[ ]**  PALICA

**[ ]**  POČIVALNIK

**[ ]**  VOZIČEK navadni/električni

[ ]  SOBNO STRANIŠČE

[ ]  DVIGALO;

drugo;\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Osebni zdravnik vlagatelja**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Patronažna sestra**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Zdravila, ki jih ima vlagatelj predpisana ali priloga »Zdravniško mnenje«:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Zdravila uporablja vlagatelj:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_**dnevno** \_\_\_\_\_\_\_\_**tedensko**

**Zdravila uporablja vlagatelj:** [ ] samostojno[ ] ob pomoči

**Osebni pripomočki, ki jih vlagatelj uporablja/ima:**

**[ ]**  očala **[ ]**  zobna proteza **[ ]**  slušni aparat **[ ]**  proteza **[ ]**  ortoza/opornica

**[ ]**  kompresijski povojdrugo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Katero obliko pomoči vlagatelj potrebuje:**

[ ]  Pomoč pri temeljnih dnevnih opravilih (umivanje, oblačenje, hranjenje)

[ ]  Pomoč pri gospodinjskih opravilih

[ ]  Pomoč pri ohranjanju socialnih stikov

[ ]  Pomoč pri pripravi in jemanju zdravil

[ ]  Pomoč pri spremljanje vitalnih funkcij

[ ]  Storitve za ohranjanje gibalne samostojnosti (fizioterapija, delovna terapija,

 kineziolog)

**Ugotavljanje upravičenosti do storitev DO vlagatelj 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 oseba in oseba z dolgotrajnimi okvarami zdravja

[ ]  Drugo:

Spodaj podpisani/na:

- se strinjam, da strokovni delavec vstopne točke oceno upravičenosti opravi na mojem domu,

- navajam, da so vsi podatki, navedeni v vlogi resnični, točni in popolni,

- se strinjam, da se mnenje ocenjevalca posreduje vodji/koordinatorju pomoči na domu CSD Posavje, enota Krško

- se strinjam, da bom sporočil vsako spremembo osebnih ali drugih podatkov, pomembnih za izvajanje dolgotrajne oskrbe.

 Podpis vlagatelja: Podpis vlagatelja:

 (osebno) (skrbnik za poseben primer/pooblaščenec)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum in kraj: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_