Prejeto:………………………………….

****

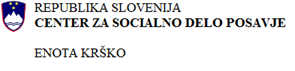
Cesta krških žrtev 11

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:** samostojnoob 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_