## PROŠNJA ZA IZVAJANJE STORITVE POMOČI NA DOMU V OBLIKI SOCIALNE OSKRBE NA DOMU

|  |
| --- |
| **UPORABNIK** |
| Ime in priimek: |
| Datum in kraj rojstva: |
| EMŠO: |
| Stalno prebivališče (ulica, kraj, pošta): |
| Začasno prebivališče (ulica, kraj, pošta): |
| Telefonska in/ali GSM številka: |
| **Zdravstveno stanje** *(ustrezno obkrožite)*: pomičen delno pomičen nepomičen |
| **Zdravila uporabljate** *(ustrezno obkrožite)*: samostojno ob pomoči**Uporaba tehničnih pripomočkov** *(ustrezno obkrožite):* bolniško posteljo, invalidski voziček, počivalnik, hoduljo, bergle, palico, slušni aparat, zobno protezo, drugo**Vključenost v patronažno oskrbo** (ustrezno obkrožite**)**: da ne**Upravičenost do dodatka za pomoč in postrežbo** (ustrezno obkrožite): da ne**Demenca**: da ne  |
| **Zdravstveni dom in osebni zdravnik**: |  |
| **Storitev uveljavlja kot:**  | 1-oseba, stara nad 65 let, ki zaradi starosti ali pojavov, ki spremljajo starost, niso sposobne za popolnoma samostojno življenje;2-oseba s statusom invalida po zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb, ki po oceni pristojne komisije ne zmorejo samostojnega življenja – če stopnja in vrsta njihove invalidnosti omogočata občasno oskrbo na domu; 3-druga invalidne osebe, ki jim je priznana pravica do tuje pomoči in nege za opravljanje večine življenjskih funkcij; 4-kronično bolna in oseba z dolgotrajnimi okvarami zdravja, ki nimajo priznanega statusa invalida in so po oceni pristojnega centra za socialno delo brez občasne pomoči druge osebe nesposobni za samostojno življenje; 5-hudo bolni otrok ali otrok s težko motnjo v telesnem ali težko in najtežjo motnjo v duševnem razvoju, ki niso vključeni v organizirane oblike varstva. |

|  |
| --- |
| **Katere oblike pomoči v okviru storitve socialna oskrba na domu potrebujete?** *(ustrezno obkrožite – pri posameznem sklopu se lahko obkroži več oblik pomoči)* |
| **a) Pomoč pri temeljnih dnevnih**  **opravilih** | pomoč pri oblačenju in slačenju |
| pomoč pri umivanju |
| pomoč pri hranjenju |
| pomoč pri opravljanju osnovnih življenjskih potreb |
| vzdrževanje in nega osebnih ortopedskih pripomočkov  |
| **b) Gospodinjska pomoč** | prinašanje enega obroka ali nabava živil in priprava enega obroka |
| pomivanje uporabljene posode |
| osnovno čiščenje bivalnega prostora z odnašanjem smeti |
| postiljanje in osnovno vzdrževanje spalnega prostora |
| **c) Pomoč pri ohranjanju socialnih**  **stikov**  | vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, prostovoljci in sorodstvom |
| spremljanje pri opravljanju nujnih obveznostih |
| informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca  |
| pomoč pri ohranjanju socialnih stikov |
| **ZAKONITI ZASTOPNIK OZ. POOBLAŠČENEC** Zakoniti zastopnik 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 uveljavljanja storitve socialna oskrba na domu.Nastopa kot (ustrezno obkroži): zakoniti zastopnik pooblaščenecIme in priimek: .....................................................................................................................................Ulica, kraj, pošta: ..................................................................................................................................Telefonska/GSM številka: .....................................................................................................................Naslov elektronske pošte: ..................................................................................................................... |
| Opombe: (npr. predlog termina za izvajanje storitev, kontakti bližnjih, druge posebnosti…) |
| Podpis vlagatelja ............................................................(ali zakonitega zastopnika oz. pooblaščenca)Kraj in datum: …………………………….................................... |