Center za socialno delo 


**CENTER ZA SOCIALNO DELO**

**POMURJE**

ENOTA LJUTOMER

Rajh Nade ulica 2a

9240 Ljutomer

T: 02 58 58 660

F: 02 58 58 670

E: [gpcsd.ljuto@gov.si](mailto:gpcsd.ljuto@gov.si)

http://csd-ljutomer.si/

**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 GMS številka: | | | |
| **Zdravstveno stanje** (*ustrezno obkrožite):* | | | |
| pomičen | delno pomičen | | nepomičen |
| Zdravila uporabljate(*ustrezno obkrožite):* samostojno ob pomoči | | | |
| **Uporabljam** naslednje tehnične pripomočke *(ustrezno obkrožite):* bolniško posteljo, invalidski voziček, počivalnik, hoduljo, bergle, palico, slušni aparat, zobno protezo, ………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………. | | | |
| Zdravstveni dom: | | Osebni zdravnik: | |
| Ste vključeni v patronažno oskrbo *(ustrezno obkrožite):* DA NE | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Katere oblike pomoči v okviru storitve socialna oskrba na domu potrebujete?** *(ustrezno obkrožite)* | | |
| **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 pripravljenega obroka |
|  | nabava živil in priprava enega obroka hrane |
|  | 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, s prostovoljci in sorodstvom |
|  | spremljanje upravičenca pri opravljanju nujnih obveznosti |
|  | informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca |
|  | priprava upravičenca na institucionalno varstvo |
| **Navedite zakaj potrebujete storitve izvajalca ( opis situacije v okvirček):** | | |

| **Plačilo storitev:**   1. Storitev bom plačeval sam/a 2. Storitev bo (do)plačeval/a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3. Zaprosil bom za oprostitev plačila oz. za (do)plačilo občine |
| --- |
| **Predviden začetek izvajanja storitve:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Ugotavljanje upravičenosti**, storitev uveljavlja kot ( obkroži):   * oseba, starejša od 65 let, * oseba s statusom invalida po Zakonu o socialnem vključevanju invalidov, * druga invalidna oseba, ki ji je priznana pravica do tuje pomoči in nege, * kronično bolna in oseba z dolgotrajnimi okvarami zdravja, * hudo bolan otrok ali otrok s težko motnjo v telesnem ali težko in najtežjo motnjo v duševnem razvoju, * drugo : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **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.  Ime in priimek: ……………………………………………………………………………………………………….  Ulica, kraj, pošta: …………………………………………………………………………………………………….  Telefonska/GMS številka: …………………………………………………………………………………………..  Naslov elektronske pošte: …………………………………………………………………………………………..  Nastopa kot: zakoniti zastopnik pooblaščenec |
| Podpis vlagatelja …………………………………………………  Podpis ……………………  (zakonitega zastopnika oz. pooblaščenca)  V …………………………………., dne …………………………. |