|  |  |
| --- | --- |
| **CENTER ZA SOCIALNO DELO**  **PRIMORSKO NOTRANJSKA**  ENOTA CERKNICA  Cesta 4. maja 24  1380 Cerknica | T: 01 70 50 400  E: gpcsd.cerkn@gov.si  http://csd-cerknica.si/ |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PODATKI O UPRAVIČENCU** | | |
| Ime in priimek: | | |
| Datum, kraj rojstva: | | Emšo: |
| Stalno prebivališče *(ulica, kraj, pošta):* | | |
| Začasno prebivališče *(ulica, kraj, pošta):* | | |
| Telefonska in/ali mobitel številka: | | |
| Zdravstveno stanje *(ustrezno obkrožite*): pomičen delno pomičen nepomičen | | |
| Uporaba zdravil *(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*?*** *(Pri posameznem sklopu se lahko obkroži več ustreznih oblik pomoči)* | |
| 1. **Pomoč pri temeljnih dnevnih opravilih** | Pomoč pri oblačenju in slačenju |
| Pomoč pri umivanju |
| Pomoč pri hranjenju |
| Pomoč pri opravljanju življenjskih potreb |
| Vzdrževanje in nega osebnih ortopedskih pripomočkov |
| 1. **Gospodinjska pomoč** | Prinašanje enega obroka ali nabava živil in priprava enega obroka |
| Pomivanje uporabljene posode |
| Osnovno čiščenje bivalnega prostora in odnašanje smeti |
| Postiljanje in vzdrževanje spalnega prostora |
| 1. **Pomoč pri ohranjanju socialnih stikov** | Vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, prostovoljci in sorodstvom |
| Spremljanje pri opravljanju nujnih obveznosti |
| Informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca |
| Pomoč pri ohranjanju socialnih stikov |

|  |
| --- |
| **ZAKONITI ZASTOPNIK OZ. POOBLAŠČENEC**  Zakoniti zastopnik je z zakonom ali z aktom pristojnega organa na podlagi zakona določena oseba.  Pooblaščenec je tisti, ki ga uporabnik s pooblastilom pooblasti, da ga zastopa v postopku uveljavljanja storitve »socialna oskrba na domu«.  Ime in priimek: …………………………………………………………………………………………….……………………………  Stalno prebivališče *(ulica, kraj, pošta)*: ………………………………………………………………………………………..  Kontaktna telefonska/mobitel številka in/ali elektronska pošta: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  Nastopa kot: zakoniti zastopnik pooblaščenec |

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis vlagatelja:

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

Podpis zakonitega zastopnika oz.

pooblaščenca:

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