|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CENTER ZA SOCIALNO DELO**  **PRIMORSKO-NOTRANJSKA**  **ENOTA POSTOJNA**  Novi trg 6  6230 Postojna |  | T: 05 700 12 00  E: gpcsd.posto@gov.si |

**PROŠNJA ZA IZVAJANJE STORITVE POMOČ DRUŽINI NA DOMU**

**V OBLIKI SOCIALNE OSKRBE NA DOMU**

|  |
| --- |
| **UPRAVIČENEC** |
| Ime in priimek: |
| Datum rojstva : Emšo: |
| Stalno prebivališče (ulica, kraj, pošta): |
| Začasno prebivališče (ulica, kraj, pošta): |
| Telefonska in /ali GSM številka: |
| Naslov elektronske pošte: |
| Opis trenutnega stanja upravičenca: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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** | A.01 pomoč pri oblačenju ali slačenju |  |
| A.02 pomoč pri umivanju |  |
| A.03 pomoč pri hranjenju |  |
| A.04 pomoč pri opravljanju osnovnih življenjskih opravil |  |
| A.05 vzdrževanje in nega osebnih ortopedskih pripomočkov |  |
| **B) gospodinjska pomoč** | B.01 prinašanje enega pripravljenega obroka hrane ali nabava živil in priprava enega obroka |  |
| B.02 pomivanje uporabljene posode |  |
| B.03 osnovno čiščenje bivalnega dela prostorov z odnašanjem smeti |  |
| B.04 postiljanje in osnovno vzdrževanje spalnega prostora |  |
| **c) pomoč pri ohranjanju socialnih stikov** | C.01 vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, prostovoljci in sorodstvom |  |
| C.02 spremljanje upravičenca pri opravljanju nujnih obveznosti |  |
| C.03 informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca |  |
| C.04 priprava uporabnika na institucionalno varstvo |  |
| **Ugotavljanje upravičenosti,** storitev 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 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **KONTAKTNA OSEBA , ZAKONITI ZASTOPNIK OZ. POOBLAŠČENEC**  (Zakoniti zastopnik je kot tak določen z zakonom ali 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, naslov  ……………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………….  (Ime in priimek, naslov bivališča)  Telefonska/GSM številka: ……………………………….…..…….. razmerje do upravičenca……………………………… | | |
| **Želeni termin izvajanja pomoči od …………………………………………………………………………………………….. .**  Podpis vlagatelja : ………………………………………………………………..………  (zakonitega zastopnika oz. pooblaščenca)  Kraj in datum: ………………………………………………………………………………. | | |