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