



Dom Taber
socialnovarstveni zavod



Naložba v vašo prihodnost
OPERACIJO DELNO FINANCIRA EVROPSKA UNIJA
Evropski sklad za regionalni razvoj

Šmartno 70, 4207 Cerklje na Gorenjskem

www.domtaber.si, info@domtaber.si

tel.: 04/20 27 600

Prejeto:.....

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

UPORABNIK			
Ime in priimek:			
EMŠO:			
Stalno prebivališče (ulica, kraj, pošta):			
Začasno prebivališče (ulica, kraj, pošta):			
Telefonska in/ali GSM številka:			
Poročen-a	Vdovec/vdova	Ločen-a	Samski/a
Gibanje (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,			
.....			
Dodatek za pomoč in postrežbo (ustrezno obkroži):		Osebni zdravnik:	
DA	NE		
Ste vključeni v patronažno oskrbo (ustrezno obkrožite):			
DA: _____		NE	
Katere oblike pomoči v okviru storitve socialna oskrba na domu potrebujete? (ustrezno označite – 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		
b) Gospodinjska pomoč	vzdrževanje in nega osebnih ortopedskih pripomočkov		
	prinašanje enega obroka ali nabava živil in priprava enega obroka		
	pomivanje uporabljene posode		
	osnovno čiščenje bivalnega prostora z odnašanjem smeti		
c) Pomoč pri ohranjanju socialnih stikov	postiljanje in osnovno vzdrževanje spalnega prostora		
	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	

Navedite zakaj potrebujete storitve izvajalca:

Časovni plan:

Dan: ◇ PON ◇ TOR ◇ SRE ◇ ČET ◇ PET ◇ SOB ◇ NED ◇ PRAZNIKI

Želeni termin izvajanja pomoči:

KOSILO

Vrsta kosila: ◇ navadno ◇ sladkorna dieta ◇ želodčno žolčna dieta/drugo.....

Časovni plan:

Dan: ◇ PON ◇ TOR ◇ SRE ◇ ČET ◇ PET ◇ SOB ◇ NED ◇ PRAZNIKI

Opis situacije:

Posebnosti, želje, pričakovanja:

Plačilo storitev:

- a.) Storitev bom plačeval sam
- b.) Storitev bo (do)plačeval/a: _____
- c.) Zaposil bom za oprostitev plačila oz. za (do)plačilo

Predviden začetek izvajanja storitve:

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 : _____

Podatki o kontaktnih osebah

Ime in priimek: _____

Ulica, kraj, pošta: _____

Telefonska/GSM številka: _____

Naslov elektronske pošte: _____

Podpis vlagatelja
(skrbnik za poseben primer oz. pooblaščenec)

Podpis vlagatelja:.....
(osebno)

v, dne