

Naziv izvajalca  
institucionalnega varstva :  
Naslov :

## PROŠNJA ZA SPREJEM ALI PREMESTITEV V INSTITUCIONALNO VARSTVO

Sprejem

Premestitev

### UPORABNIK

1. IME IN PRIIMEK: \_\_\_\_\_

2. Enotna Matična Številka Občana:

3. STALNO PREBIVALIŠČE: Ulica \_\_\_\_\_

Kraj: \_\_\_\_\_ Občina: \_\_\_\_\_ Pošta:

4. Telefonska/GSM številka:

5. Ali ste prostovoljno zdravstveno zavarovani:      DA      NE

### ZAKONITI ZASTOPNIK OZ. POOBLAŠČENEC

(**Zakoniti zastopnik** je tisti, ki 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 sprejema, premestitve oziroma odpusta iz zavoda)

6. IME IN PRIIMEK: \_\_\_\_\_

7. STALNO PREBIVALIŠČE: Ulica \_\_\_\_\_

Kraj: \_\_\_\_\_ Občina: \_\_\_\_\_ Pošta:

8. Telefonska/GSM številka:

### KONTAKTNA OSEBA

(Izpolniti le, če je kontaktna oseba različna od zakonitega zastopnika oz. pooblaščenca)

9. IME IN PRIIMEK: \_\_\_\_\_

10. Ulica \_\_\_\_\_ Kraj: \_\_\_\_\_ Pošta:

11. Telefonska/GSM številka:



16. V KAKŠNI SOBI ŽELITE BIVATI (obkrožite)?

- enoposteljni                       dvoposteljni  
 večposteljni                       apartmaju

17. KAKŠNO IN KOLIKO POMOČI POTREBUJETE PRI VSAKDANJIH OPRAVILIH IN SKRBI ZASE (prekrižajte ustrezen kvadratak)?

| Pri                   | sem samostojen/a         | potrebujem pomoč         |                          | opomba |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------|
|                       |                          | občasno                  | stalno                   |        |
| oblačenju in slačenju | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |        |
| obuvanju in sezuvanju | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |        |
| umivanju, kopanju     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |        |
| prehranjevanju        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |        |
| odvajanju             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |        |

18. KDAJ ŽELITE ZAČETI UPORABLJATI STORITVE?

---

19. ŽELIM, DA PROŠNJO POSREDUJETE ŠE NASLEDNJIM IZVAJALCEM:

---

---

**Vlagatelj mora priložiti naslednja dokazila:**

1. zdravniško mnenje o zdravstvenem stanju, staro največ mesec dni, če ni razvidno iz dokazil iz zadnje točke,
2. \* izjavo o (do)plačilu storitve s strani tretje osebe,
3. odločbo pristojnega organa oziroma izvedensko mnenje pristojne komisije, izdano v postopku uveljavljanja pravic po drugih predpisih (v primeru prošnje za sprejem oziroma premestitev v posebni socialno varstveni zavod, kombinirani socialno varstveni zavod, varstveno delovni center ali v zavod za usposabljanje),
4. \*\*pooblastilo oz. odločbo o postavitvi zakonitega zastopnika.

**Organ, ki vodi postopek po uradni dolžnosti pridobiva potrebne podatke in dokazila iz uradnih evidenc in druge podatke za katere ima podlago v zakonu, ki ureja socialno varstvo.**

**V skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov dovoljujem, da se moji osebni podatki, navedeni v tej prošnji, posredujejo zavodom, ki sem jih navedel v 18. točki te prošnje in jih oni uporabljajo v postopkih uveljavljanja pravice do institucionalnega varstva.**

**Podpis uporabnika \_\_\_\_\_  
(zakonitega zastopnika oz. pooblaščenca)**

**oz.**

**Podpis drugega vlagatelja \_\_\_\_\_  
(če prošnje ne vlaga uporabnik)**

- razmerje do uporabnika \_\_\_\_\_
- naslov \_\_\_\_\_

**V \_\_\_\_\_, dne: \_\_\_\_\_**

\* obvezna priloga le v primeru, da storitev (do)plačuje tudi tretja oseba

\*\* obvezna priloga le v primeru, če prošnjo za sprejem oz. premestitev vlaga zakoniti zastopnik ali pooblaščenec vlagatelja