



PROŠNJA ZA IZVAJANJE STORITVE

POMOČ DRUŽINI NA DOMU V OBLIKI SOCIALNE OSKRBE NA DOMU

UPRAVIČENEC UVELJAVLJA STORITEV KOT:

- Oseba, stara nad 65 let, ki zaradi starosti ali pojavov, ki spremljajo starost, ni sposobna za popolnoma samostojno življenje;
- Oseba s statusom invalida v skladu z zakonom, ki ureja socialno vključevanje invalidov, ki po oceni pristojne komisije ne zmore samostojnega življenja, če stopnja in vrsta njene invalidnosti omogočata občasno oskrbo na domu;
- Druga invalidna oseba, ki ji je priznana pravica do tuje pomoči in nege za opravljanje večine življenjskih funkcij;
- Kronično bolna oseba in oseba z dolgotrajnimi okvarami zdravja, ki nima priznanega statusa invalida, je pa po oceni pristojnega centra za socialno delo brez občasne pomoči druge osebe nesposobna za samostojno življenje.
- Hudo bolni otrok ali otrok s težko motnjo v telesnem ali težko in najtežjo motnjo v duševnem razvoju, ki ni vključen v organizirane oblike varstva.

OPIS STANJA UPRAVIČENCA

Podatke zbiramo z namenom priprave osebnega načrta.

Gibanje	<input type="checkbox"/> samostojno	<input type="checkbox"/> potrebna pomoč	<input type="checkbox"/> nepomičen/na
Prehranjevanje in pitje	<input type="checkbox"/> samostojno	<input type="checkbox"/> potrebna pomoč	<input type="checkbox"/> dieta:
Odvajanje in izločanje	<input type="checkbox"/> samostojno	<input type="checkbox"/> potrebna pomoč	<input type="checkbox"/> inkont. pripom.
Govorno sporazumevanje	<input type="checkbox"/> mogoče	<input type="checkbox"/> oteženo	<input type="checkbox"/> ni mogoče
Orientiranost	<input type="checkbox"/> orientiran/a	<input type="checkbox"/> delno orientiran/a	<input type="checkbox"/> neorientiran/a
Kolonizacija z bolnišnično okužbo	<input type="checkbox"/> ne / ni znano <input type="checkbox"/> preiskava ni opravljena (obstaja tveganje) <input type="checkbox"/> da (označite v naslednjem stolpcu)		<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> drugo
Pogoji za bivanje doma in pripomočki, pomembni v vsakdanjem življenju.	<input type="checkbox"/> bolniška postelja <input type="checkbox"/> trapez <input type="checkbox"/> blazina proti preležaninam	<input type="checkbox"/> sedeči voziček <input type="checkbox"/> rolator, hodulja <input type="checkbox"/> palica, berglje <input type="checkbox"/> počivalnik	<input type="checkbox"/> stol za tuširanje <input type="checkbox"/> slušni aparat <input type="checkbox"/> očala <input type="checkbox"/> drugo
Življenjska skupnost, okoliščine sobivanja in porazdelitev skrbi	<input type="checkbox"/> živi sam	<input type="checkbox"/> sobivanje z zakoncem	<input type="checkbox"/> sobivanje z otroci
	<input type="checkbox"/> sobivanje s širšo družino	<input type="checkbox"/> drugo, opišite, kdo je vključen v oskrbo:	

Druge pomembne okoliščine in razlogi za vključitev v socialno oskrbo na domu:

Osební zdravnik:

Patronažna služba vključena: da ne



PROŠNJA ZA IZVAJANJE STORITVE

POMOČ DRUŽINI NA DOMU V OBLIKI SOCIALNE OSKRBE NA DOMU

VRSTA STORITVE

Upravičenec je upravičen do pomoči družini na domu, če je ocenjeno, da **potrebuje najmanj dve opravili iz dveh različnih sklopov** opravil navedenih v spodnji tabeli.

A) Pomoč pri temeljnih dnevni opravilih	<input type="checkbox"/>	A.01	pomoč pri oblačenju in slačenju
	<input type="checkbox"/>	A.02	pomoč pri umivanju
	<input type="checkbox"/>	A.03	pomoč pri hranjenju
	<input type="checkbox"/>	A.04	pomoč pri opravljanju osnovnih življenjskih potreb
	<input type="checkbox"/>	A.05	vzdrževanje in nega osebnih ortopedskih pripomočkov
B) Gospodinska pomoč	<input type="checkbox"/>	B.01	prinašanje enega pripravljenega obroka
	<input type="checkbox"/>	B.02	nabava živil in priprava enega obroka hrane
	<input type="checkbox"/>	B.03	pomivanje uporabljene posode
	<input type="checkbox"/>	B.04	osnovno čiščenje bivalnega prostora z odnašanjem smeti
	<input type="checkbox"/>	B.05	postiljanje in osnovno vzdrževanje spalnega prostora
C) Pomoč pri ohranjanju socialnih stikov	<input type="checkbox"/>	C.01	vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, s prostovoljci in sorodstvom
	<input type="checkbox"/>	C.02	spremljanje upravičenca pri opravljanju nujnih obveznosti
	<input type="checkbox"/>	C.03	informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca
	<input type="checkbox"/>	C.04	priprava upravičenca na institucionalno varstvo

OBSEG STORITVE

Izvajanje pomoči na domu upravičenca se izvaja **do 20 ur tedensko**.

PRIČAKOVANI OBSEG STORITVE x mesec x teden x dan

PRIČAKOVANI TERMINSKI PLAN STORITVE

Označite dneve v tednu, ko želite storitev:

DAN V TEDNU: PON TOR SRE ČET PET SOB NED PRA

ČASOVNI TERMIN

Označite časovni okvir, znotraj katerega želite storitev, ter navedite število ur v označenem terminu:

7.00 - 10.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.00 - 14.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.00 - 19.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Želeni začetek koriščenja storitev:

Skupaj ur/ teden:

Skupaj ur/ mesec:

TRAJANJE STORITVE

nedoločen čas do namestitve v institucional. obliko začasno od: do:

**PROŠNJA**
ZA IZVAJANJE STORITVE
POMOČ DRUŽINI NA DOMU V OBLIKI SOCIALNE OSKRBE NA DOMU**VLAGATELJ PROŠNJE**

Prošnjo vlagam kot (ustrezno označite):

- Upravičenec osebno**
- Zakoniti zastopnik upravičenca**
- Pooblaščenec**, ki ga upravičenec pooblasti, da ga zastopa v postopku uveljavljanja pravice do storitve socialna oskrba na domu (priložite pooblastilo)
- Skrbnik** (priložite sklep sodišča)
- Skrbnik za posebni primer** (priložite sklep CSD)

PODATKI O VLAGATELJU

Izpolniti le v primeru, ko vlogo oddaja vlagatelj, ki ni hkrati upravičenec

Ime in priimek
vlagatelja:**Stalno prebivališče:****Naslov:**

Poštna številka:

Kraj:

Občina:

Telefonska številka:

E-pošta:

PLAČILO STORITVE

V primeru (do)plačila s strani druge osebe je potrebno priložiti Izjavo o (do)plačevanju storitve socialne oskrbe na domu.

- Storitev bom poravnal sam
- storitev bo doplačevala druga oseba
- storitev bo plačevala druga oseba
- prosil bom za oprostitev plačila

Stalno prebivališče:**Naslov:****Telefonska številka:**

E-pošta:

Vlagatelj izjavljam, da so navedeni podatki v prošnji točni ter dovoljujem, da se uporabljajo v postopku uveljavljanja pravice do pomoči na domu.

V skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov dovoljujem, da se zbrani osebni podatki uporabljajo v postopkih uveljavljanja pravice do pomoči na domu. Več informacij: <https://www.zd-gr.si/politika-varstva-osebni-podatkov/>

Datum:

Podpis vlagatelja: