

 CSS CENTER SLEPIH, SLABOVIDNIH IN STAREJŠIH ŠKOFJA LOKA	 REPUBLIKA SLOVENIJA MINISTRSTVO ZA DELO, DRUŽINO, SOCIALNE ZADEVE IN ENAKE MOŽNOSTI	 EVROPSKA UNIJA EVROPSKI SKLAD ZA REGIONALNI RAZVOJ NALOŽBA V VAŠO PRIHODNOST
Izdaja: 01	Datum: 01.10.2022	Številka obrazca: OBR SOC 13

Prošnja za sprejem v »Hišo generacij«

UPORABNIK

Ime	
Priimek	
Rojen(a) dne	
Kraj rojstva:	
Slovensko državljanstvo	DA NE
Spol	M Ž

Stalno prebivališče:

Ulica	
Kraj	
Občina	
Pošta	
Telefon	
Naslov elektronske pošte	
Enotna matična številka občana (EMŠO)	
Davčna številka	
Ali ste prostovoljno zdravstveno zavarovani ?	DA NE

Šolska izobrazba: stopnja izobrazbe (zadnja končana šola) - obkroži:

- ☐ Brez, nimam nikakršne izobrazbe
- ☐ manj kot osnovna šola
- ☐ osnovna šola
- ☐ krajše izobraževanje - USO
- ☐ poklicna šola
- ☐ srednja šola
- ☐ višja šola 1. stopnja
- ☐ fakulteta, višja šola, umet. Akademija
- ☐ VII/2 specializacija ali magisterij
- ☐ doktorat

Podatki o družinski skupnosti - obkroži:

- ☐ živim z možem/ženo ali zunajzakonskim partnerjem
- ☐ živim sam(a)
- ☐ živim pri starših
- ☐ živim pri sorodnikih



CENTER SLEPIH,
SLABOVIDNIH
IN STAREJŠIH
ŠKOFJA LOKA



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA DELO, DRUŽINO,
SOCIALNE ZADEVE IN ENAKE MOŽNOSTI



EVROPSKA UNIJA
EVROPSKI SKLAD ZA
REGIONALNI RAZVOJ
NALOŽBA V VAŠO PRIHODNOST

Izdaja: 01

Datum: 01.10.2022

Številka obrazca: OBR SOC 13

- ☐ živilim pri otrocih
- ☐ živilim pri drugih ljudeh
- ☐ v drugi obliki institucionalnega varstva

Naslov institucionalnega varstva: _____

ZAKONITI ZASTOPNIK, SKRBNIK ZA P.P., POOBlašČENEC

Zakoniti zastopnik 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.

Ime	
Priimek	
Rojen(a) dne	
Kraj	
Slovensko državljanstvo	DA NE
Ulica	
Kraj	
Občina	
Pošta	
Telefon	
Elektronska pošta	
Nastopa kot	☐ zastopnik ☐ pooblaščenec ☐ skrbnik za p.p.

KONTAKTNA OSEBA

Ime	
Priimek	
Rojen(a) dne	
Kraj	
Slovensko državljanstvo	DA NE
Ulica	
Kraj	
Občina	
Pošta	
Telefon	
Elektronska pošta	

 CSS CENTER SLEPIH, SLABOVIDNIH IN STAREJŠIH ŠKOFJA LOKA	 REPUBLIKA SLOVENIJA MINISTRSTVO ZA DELO, DRUŽINO, SOCIALNE ZADEVE IN ENAKE MOŽNOSTI	 EVROPSKA UNIJA EVROPSKI SKLAD ZA REGIONALNI RAZVOJ NALOŽBA V VAŠO PRIHODNOST
Izdaja: 01	Datum: 01.10.2022	Številka obrazca: OBR SOC 13

MESEČNI DOHODKI UPORABNIKA IN PLAČILO STORITVE

- ☐ Nimam rednih dohodkov
☐ Imam dohodke in sicer :

Številka upravičenca (odrezek pokojnine)	
Znesek pokojnine (starostne, invalidske, vdovske, družinske, državne):	
Znesek invalidnine	
Znesek dodatka za pomoč in postrežbo	
Znesek varstvenega dodatka	
Znesek nadomestila za invalidnost	
Drugi dohodki (npr. renta, priznavalnina)	
SKUPAJ	

PLAČILO STORITEV (ne velja za otroke in mladostnike s posebnimi potrebami):

- ☐ Storitev bom v celoti plačeval sam
☐ Storitev bom plačeval do višine svoje plačilne sposobnosti razliko pa bodo doplačevale naslednje osebe:

Ime	
Priimek	
Rojen(a) leto	
Telefon	
Ulica	
Pošta	

Razmerje do upravičenca - obkroži:

- ☐ zakonski ali izvenzakonski partner
☐ sin
☐ hči
☐ oče
☐ mati
☐ odvetnik
☐ pooblaščenec po uradni dolžnosti
☐ zakoniti zastopnik
☐ nekdo drug

in

- ☐ Zaprošil bom za oprostitev plačila oziroma za doplačilo

 CSS CENTER SLEPIH, SLABOVIDNIH IN STAREJŠIH ŠKOFJA LOKA	 REPUBLIKA SLOVENIJA MINISTRSTVO ZA DELO, DRUŽINO, SOCIALNE ZADEVE IN ENAKE MOŽNOSTI	 EVROPSKA UNIJA EVROPSKI SKLAD ZA REGIONALNI RAZVOJ NALOŽBA V VAŠO PRIHODNOST
Izdaja: 01	Datum: 01.10.2022	Številka obrazca: OBR SOC 13

BIVANJE V ZAVODU

Navedite, zakaj želite bivati v zavodu:

KAKŠNO OBLIKO STORITVE ŽELITE?

Oblika:

- ☐ dnevno (do 8 ur)
- ☐ začasna namestitev: od _____ do _____

Prevoz: Ali v primeru dnevnega varstva potrebujete prevoz?

- ☐ da
- ☐ ne

V kakšni sobi želite bivati:

- ☐ dvoposteljna
- ☐ več posteljna

Kakšno pomoč potrebujete pri vsakdanjih opravilih in funkcijah:

PRI	STOPNJA POMOČI - potrebujem		OPOMBE
oblačenju in slačenju:	delno pomoč	stalno pomoč	
obuvanju in sezuvanju:	delno pomoč	stalno pomoč	
umivanju, kopanju:	delno pomoč	stalno pomoč	
prehranjevanju:	delno pomoč	stalno pomoč	
odvajanju:	delno pomoč	stalno pomoč	

 CSS CENTER SLEPIH, SLABOVIDNIH IN STAREJŠIH ŠKOFJA LOKA	 REPUBLIKA SLOVENIJA MINISTRSTVO ZA DELO, DRUŽINO, SOCIALNE ZADEVE IN ENAKE MOŽNOSTI  EVROPSKA UNIJA EVROPSKI SKLAD ZA REGIONALNI RAZVOJ NALOŽBA V VAŠO PRIHODNOST	
Izdaja: 01	Datum: 01.10.2022	Številka obrazca: OBR SOC 13

Kdaj želite začeti z bivanjem v zavodu ?

Navedite datum : _____

OBVEZNE PRILOGE:

- zdravniško mnenje o zdravstvenem stanju, staro največ mesec dni,
- kopijo odločbe oziroma pooblastila, če prošnjo za sprejem vlaga zakoniti zastopnik, skrbnik za p.p. oz. pooblaščenec

Soglašam, da Zavod uporablja navedene podatke za potrebe institucionalnega varstva in obveščanja ostalih zavodov.

V skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov dovoljujem, da se moji osebni podatki uporabljajo za namene, za katere ima Zavod javno pooblastilo.

Podpis uporabnika _____
(zakonitega zastopnika, skrbnika za p.p. ali pooblaščenca)

Podpis drugega vlagatelja _____
(če prošnje ne vlaga uporabnik)

- razmerje do uporabnika _____
- naslov _____

V _____, dne _____

