ŽAREK UPANJA

Andreja Orel s.p.

Jemčeva 21

1236 Trzin

**VLOGA ZA IZVAJANJE STORITVE**

**SOCIALNA OSKRBA NA DOMU**

***PRIIMEK IN IME:***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naslov:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum rojstva:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon ali GSM številka:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PODATKI O DRUŽINSKI SKUPNOSTI**:

* Živim sam(a)
* Živim s sozakoncem/partnerjem
* Živim z otroki
* Drugo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***POTREBUJEM NASLEDNJE OBLIKE POMOČI (ustrezno obkrožite – pri posameznem sklopu več oblik pomoči)***

***Gospodinjska pomoč:***

* *prinašanje enega obroka*
* *priprava enega obroka hrane*
* *pomivanje uporabljene posode*
* *nabava živil*
* *osnovno čiščenje bivalnega prostora z odnašanjem smeti*
* *postiljanje in osnovno vzdrževanje spalnega prostora*

***Pomoč pri temeljnih dnevnih opravilih****:*

* *pomoč pri oblačenju in slačenju*
* *pomoč pri umivanju*
* *pomoč pri hranjenju*
* *pomoč pri opravljanju osnovnih življenjskih potreb*
* *vzdrževanje in nega osebnih ortopedskih pripomočkov*

***Pomoč pri ohranjanju socialnih stikov:***

* *vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, prostovoljci in sorodstvom*
* *spremljanje pri opravljanju nujnih obveznosti*
* *informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca*
* *priprava upravičenca na institucionalno varstvo*

**OPIS STANJA IN OBSEG STORITVE:**

|  |
| --- |
|  |

**Prosim za izvajanje storitve socialne oskrbe na domu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_x tedensko po \_\_\_\_ur**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***DNEVI*** | ***ŽELJEN ČAS PRIHODA IN ŠTEVILO UR:*** | | | | |
|  | ***6.00 – 10.00*** | ***10.00 – 12.00*** | ***12.00 – 18.00*** | ***18.00 – 22.00*** | ***skupaj*** |
| ***Ponedeljek*** |  |  |  |  |  |
| ***Torek*** |  |  |  |  |  |
| ***Sreda*** |  |  |  |  |  |
| ***Četrtek*** |  |  |  |  |  |
| ***Petek*** |  |  |  |  |  |
| ***Sobota*** |  |  |  |  |  |
| ***nedelja*** |  |  |  |  |  |
| ***prazniki*** |  |  |  |  |  |
| ***SKUPAJ:*** |  |  |  |  |  |

Željen datum začetka opravljanja storitev: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***PODATKI O SVOJCIH, ZAKONITEM ZASTOPNIKU OZ. POOBLAŠČENCU***:

Priimek in ime\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sorodstveno razmerje:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naslov:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon ali GSM številka:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Priimek in ime\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sorodstveno razmerje:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naslov:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon ali GSM številka:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Priimek in ime\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sorodstveno razmerje:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naslov:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon ali GSM številka:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***PLAČNIK STORITEV***:

1. Račun bom plačeval sam.
2. Račun bo plačeval:

Priimek in ime:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naslov:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kraj in datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis vlagatelja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(zakonitega zastopnika oz. pooblaščenca)

\*S podpisom izjavljam da sem seznanjen, da bo izvajalec podatke uporabljal izključno za namen izvajanja socialno varstvenih storitev.