Obalni dom upokojencev Koper -
Casa costiera del pensionato Capodistria

VLOGA ZA SPREJEM ALI PREMESTITEV V INSTITUCIONALNO VARSTVO

☐ **Sprejem** ☐ **Premestitev**

UPRAVIČENEC

1. IME IN PRIIMEK: _____
2. Enotna matična številka občana: _____
3. STALNO PREBIVALIŠČE:

   Ulica _____ Kraj: _____

   Občina: _____ Pošta: _____ Država: _____
4. Telefonska številka: _____
5. E-naslov: _____

   (Soglašam z elektronsko komunikacijo: ☐ DA ☐ NE)

ZAKONITI ZASTOPNIK

(Zakoniti zastopnik uporabnika je oseba, ki zastopa uporabnika ali je imenovana za skrbnika uporabnika v skladu z zakonom, ki ureja razmerja med starši in otroki ter skrbništvo za otroke in odrasle osebe, ki potrebujejo posebno varstvo.)

1. IME IN PRIIMEK: _____
2. Enotna matična številka občana: _____
3. STALNO PREBIVALIŠČE:

   Ulica _____ Kraj: _____

   Občina: _____ Pošta: _____ Država: _____
4. Telefonska številka: _____
5. E-naslov: _____

   (Soglašam z elektronsko komunikacijo: ☐ DA ☐ NE)

KONTAKTNA OSEBA

(Izpolniti le, če kontaktna oseba ni zakoniti zastopnik)

1. IME IN PRIIMEK: _____

2. STALNO PREBIVALIŠČE:

   Ulica _____ Kraj: _____

   Občina: _____ Pošta: _____ Država: _____

3. Telefonska številka: _____

4. E-naslov: _____

   (Soglašam z elektronsko komunikacijo: ☐ DA ☐ NE)

STORITVE

1. NAVEDITE, ZAKAJ POTREBUJETE STORITVE IZVAJALCA:

2. KAKŠNO VRSTO, OBLIKO IN TRAJANJE STORITVE ŽELITE (obkrožite)?

VRSTA: ☐ v zavodu (domu) ☐ v stanovanjski skupini ali bivalni skupnosti ☐ drugo _____

TRAJANJE: ☐ stalno (nedoločen čas)

☐ začasno od _____ do _____

OBLIKA: ☐ dnevno (do 12 ur) ☐ celodnevno

Ali v primeru dnevnega varstva potrebujete prevoz? ☐ DA ☐ NE

3. V KAKŠNI SOBI ŽELITE BIVATI (označite)?

☐ ENOPOSTELJNI

☐ DVOPOSTELJNI

☐ VEČPOSTELJNI

☐ APARTMAJU

ENOTA:

☐ Koper (Markovec)

☐ Bella Vista (Hrvatini)

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

Pri	Sem samostojen/a	Potrebujem pomoč		Opomba
		občasno	stalno	
oblačenju in slačenju	☐	☐	☐	
obuvanju in sezuvanju	☐	☐	☐	
umivanju, kopanju	☐	☐	☐	
prehranjevanju	☐	☐	☐	
odvajanju	☐	☐	☐	

5. KDAJ ŽELITE ZAČETI UPORABLJATI STORITVE?

_____

Vlagatelj mora priložiti naslednja dokazila:

- *potrdilo o državljanstvu in potrdilo o stalnem prebivališču ali fotokopija osebnega dokumenta, iz katere sta razvidna državljanstvo in stalno prebivališče. Za tujce je obvezna priloga tudi potrdilo o dovoljenju za stalno prebivanje;
- zdravniško mnenje osebnega zdravnika vlagatelja ali zdravstvenega izvajalca, ki je vlagatelja obravnaval, o zdravstvenem stanju, ki ne sme biti starejše od 30 dni, če zdravstveno stanje vlagatelja ni razvidno iz priloge iz tretje alineje tega odstavka;
- odločba pristojnega organa oziroma izvedensko mnenje pristojne komisije, izdano v postopku uveljavljanja pravic po drugih predpisih, če se vloži vloga v posebni socialnovarstveni zavod za odrasle, varstveno delovni center ali zavod za usposabljanje, ki izvaja storitev institucionalno varstvo za starejše od 18 let oziroma storitev vodenja in varstva ter zaposlitve pod posebnimi pogoji ali kombinirani socialnovarstveni zavod;
- **odločba oziroma ustrezno dokazilo o zastopanju v primeru, da vlogo za odraslo osebo vlaga njen zakoniti zastopnik.

** Priloga ni obvezna, če oseba, ki je vlogo pri izvajalcu sprejela, osebo ustrezno identificira na podlagi predloženega osebnega dokumenta, in o tem napravi uradni zaznamek v zadevi.*
*** Le v primeru, če vlogo za sprejem oziroma premestitev vlaga zakoniti zastopnik upravičenca.*

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.

Podpis upravičenca _____
(oziroma zakonitega zastopnika)

V _____, dne: _____