



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  v stanovanjski skupini  drugo \_\_\_\_\_

---

(domu) ali bivalni skupnosti

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

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

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"/>	

---

## 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: \_\_\_\_\_