

Številka:

Datum:

PROŠNJA ZA IZVAJANJE STORITVE POMOČI NA DOMU

UPORABNIK

Ime in priimek:

Datum in kraj rojstva:

Stalno prebivališče (ulica, kraj, pošta):

Začasno prebivališče (ulica, kraj, pošta):

Telefonska in/ali GSM številka:

Zdravstveno stanje (ustrezno obkrožite):

pomičen

delno pomičen

nepomičen

Zdravila uporabljate (ustrezno obkrožite): samostojno ob pomoči

Uporabljam naslednje tehnične pripomočke (ustrezno obkrožite): bolniško posteljo, invalidski voziček, počivalnik, hoduljo, bergle, palico, slušni aparat, zobno protezo,

.....

.....

.....

Zdravstveni dom:

Osebni zdravnik:

Ste vključeni v patronažno oskrbo (ustrezno obkrožite):

DA

NE

Katere oblike pomoči v okviru storitve socialna oskrba na domu potrebujete? (ustrezno obkrožite – pri posameznem sklopu se lahko obkroži več oblik pomoči)

a) Gospodinjska pomoč	prinašanje enega obroka ali nabava živil in nabava živil in priprava enega obroka hrane
	pomivanje uporabljene posode
	osnovno čiščenje bivalnega prostora z odnašanjem smeti
	postiljanje in osnovno vzdrževanje spalnega prostora

a) Pomoč pri temeljnih dnevnih opravilih (vzdrževanje osebne higiene)	pomoč pri oblačenju/slačenju
	pomoč pri umivanju/kopanju
	pomoč pri hranjenju
	pomoč pri opravljanju osnovnih življenjskih potreb
	vzdrževanje, nega in čiščenje osebnih ortopedskih pripomočkov

c) Pomoč pri ohranjanju socialnih stikov	vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, prostovoljci in sorodstvom
	spremljanje pri opravljanju nujnih obveznostih
	informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca
	pomoč pri ohranjanju socialnih stikov

Željen termin izvajanja:

pon tor sr čet pet sob ned prazniki dežurstva

ura: _____



Zavod RAST Ruše
Mariborska cesta 31
2342 Ruše

T: 02 66 88 446
E: info@zavod-rast.si
www.zavod-rast.si

- Identifikacijska št. za DDV: 79553451
- Matična št.: 8815321000

ZAKONITI ZASTOPNIK OZ. 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 uveljavljanja storitve socialna oskrba na domu.

Ime in priimek:

Ulica, kraj, pošta:

Telefonska/GSM številka:

Naslov elektronske pošte:

Nastopa kot: zakoniti zastopnik

pooblaščenec

Podpis vlagatelja
(zakonitega zastopnika oz. pooblaščenca)

v , dne