

PRIJAVNICA ZA VKLJUČITEV V PROGRAM DNEVNA SOBA MARIA

Program: DNEVNA SOBA MARIA

Izvajalec: Zavod RAST Ruše



1. Splošne informacije

Programa v katerega se vpisujete:				
☐ celodnevni	☐ poldnevni		☐ po urah	
Dnevi vključitve v program (obkrožite):				
☐ ponedeljek	☐ torek	☐ sreda	☐ četrtek	☐ petek
Izbrani obroki (obkrožite):				
☐ zajtrk	☐ malica	☐ kosilo	☐ popoldanska malica	
Ura prihoda:		Ura odhoda:		
Način prihoda uporabnika (obkrožite):				
☐ uporabnik prihaja samostojno		☐ uporabnik prihaja s spremstvom		

2. Osebni podatki uporabnika

Ime in priimek:	
Datum rojstva:	
Naslov stalnega prebivališča:	
Naslov začasnega prebivališča:	
Poštna številka in kraj:	
Telefon:	
EMŠO:	
Davčna:	
Št. ZZS:	

3. Kontaktna oseba/skrbnik

Ime in priimek:	
Naslov stalnega prebivališča:	
Poštna številka in kraj:	
Sorodstveno razmerje:	
Telefon:	
E-pošta:	

4. Zdravstveno stanje

Ali ima uporabnik posebne zdravstvene težave (obkrožite):	
☐ NE	☐ DA
Če da, navedite katere in zakaj:	
Ali uporabnik jemlje zdravila (obkrožite):	
☐ NE	☐ DA
Če da, navedite katera:	
Ali mora zdravila vzeti tudi v času dnevnega varstva (obkrožite):	
☐ NE	☐ DA
Navodila za jemanje (terminsko):	
Osebni zdravnik:	

5. Prehranske posebnosti

Ali ima uporabnik posebno prehrano (obkrožite):		
☐ brez posebnosti	☐ diabetična dieta	☐ mehka hrana
☐ pasirana hrana	☐ vegetarijanska prehrana	☐ drugo:
Ali ima uporabnik alergije na hrano (obkrožite):		
☐ NE	☐ DA	
Če da, navedite katere:		
Hrana, ki je uporabnik ne sme uživati:		
Ali uporabnik potrebuje pomoč pri hranjenju (obkrožite):		
☐ NE	☐ DA	
Če da, kakšno (obkrožite):		
☐ rezanje hrane	☐ pomoč pri hranjenju	☐ nadzor pri hranjenju

6. Socialni podatki

Ali uporabnik živi sam (obkrožite):		
☐ NE	☐ DA	
Če ne, s kom živi:		
Ali že prejema kakšne storitve pomoči (obkrožite):		
☐ pomoč na domu	☐ dolgotrajna oskrba	☐ drugo:

7. Podatki o plačilu:

Plačnik storitve (obkrožite):		
☐ uporabnik	☐ svojec / skrbnik	☐ drugo:
Ime in priimek plačnika:		

Naslov plačnika:												
Poštna številka in kraj:												
Telefon:												
TRR: SI56												
Način prejemanja računa (obkrožite):												
☐ po pošti				☐ po elektronski pošti					☐ trajnik			
E-pošta (za prejem računa):												

8. Izjava

Izjavljam, da so navedeni podatki resnični in dovoljujem njihovo uporabo za potrebe izvajanja storitve.

Kraj in datum: _____ Podpis uporabnika: _____

Podpis kontaktne osebe / skrbnika: _____

Priloge:

- Soglasje za SEPA direktno obremenitev
- Izjava
- Navodila in pravila DNEVNE SOBE MARIA

☒ Novo soglasje

New mandate

☐ Sprememba

Amendment

☐ Ukinitve

Cancellation

SOGLASJE za SEPA direktno obremenitev

SEPA Direct Debit Mandate

Referenčna oznaka soglasja – izpolni prejemnik plačila

Mandate reference – to be completed by the creditor

S podpisom tega obrazca pooblaščate (A) v temu soglasju navedenega prejemnika plačila, da posreduje navodila vašemu ponudniku plačilnih storitev za obremenitev vašega plačilnega računa in (B) vašega ponudnika plačilnih storitev, da obremeni vaš plačilni račun v skladu z navodili, ki jih posreduje navedeni prejemnik plačila. Vaše pravice obsegajo tudi pravico do povračila denarnih sredstev s strani vašega ponudnika plačilnih storitev v skladu s splošnimi pogoji vašega ponudnika plačilnih storitev. Povračilo denarnih sredstev je potrebno terjati v roku 8 tednov, ki prične teči od dne, ko je bil obremenjen vaš plačilni račun.

By signing this mandate form, you authorize (A) creditor, stated in this mandate, to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Podatki o plačniku *(Debtor's data)*

1

Naziv oziroma ime in priimek plačnika *(Name of the debtor)*

2

Sedež oziroma ulica in hišna številka plačnika *(Address, street name and number of the debtor)*

3

Poštna številka *(Postal code)*

Kraj *(City)*

SLOVENIJA 4

Država *(Country)*

5

IBAN številka plačilnega računa *(IBAN account number)*

6

SWIFT BIC oznaka banke plačnika *(SWIFT BIC of the debtor's bank)*

Podatki o prejemniku plačila *(Creditor's data)*

JAVNI ZAVOD ZA DOLGOTRAJNO OSKRBO RAST RUŠE 7

Naziv prejemnika plačila *(Creditor's name)*

SI74ZZZ79553451 8

Identifikacijska oznaka prejemnika plačila *(Creditor's Identifier)*

MARIBORSKA CESTA 31 9

Sedež oziroma ulica in hišna številka prejemnika plačila *(Address, street name and number of the creditor)*

2342 10

Poštna številka *(Postal code)*

RUŠE 10

Kraj *(City)*

SLOVENIJA 11

Država *(Country)*

Vrsta direktne obremenitve *(Type of direct debit)*

Periodična (ponavljajoča) obremenitev *(Recurrent debit)*

☒

ali *(or)*

enkratna obremenitev *(One-off debit)*

☐

12

RUŠE 13

Kraj podpisa soglasja *(City or town of signing the mandate)*

Datum *(Date)*

Prostor za podpis

(Place for signature)

Opomba: Vaše pravice v zvezi s tem soglasjem so navedene v splošnih pogojih poslovanja vašega ponudnika plačilnih storitev.

(Note: Your rights regarding this mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.)

Podrobnosti, ki se nanašajo na razmerje med prejemnikom plačila in plačnikom – samo v informacijo

(Details regarding the underlying relationship between the Creditor and the Debtor – for information purposes only)

/ 14

Identifikacijska oznaka plačnika *(Debtor identification code)*

/ 15

Naziv končnega dolžnika: Če izvajate plačilo za drugo osebo, tu vpišete ime in priimek druge osebe. Če plačujete v svojem imenu, pustite prazno. *(Name of the Debtor Reference Party: If you are making a payment in place of another person, write the other person's name here. If you are paying on your own behalf, leave it blank.)*

/ 16

Identifikacijska oznaka končnega dolžnika *(Identification code of the Debtor Reference Party)*

/ 17

Naziv končnega upnika; prejemnik plačila mora zapisati ta podatek, če izvršuje direktne obremenitve v imenu druge stranke. *(Name of the Creditor Reference Party; Creditor must complete this section if collecting payment on behalf of another party.)*

/ 18

Identifikacijska oznaka končnega upnika *(Identification code of the Creditor Reference Party)*

/ 19

Identifikacijska številka osnovne pogodbe *(Identification number of the underlying contract)*

/ 20

Opis pogodbe *(Description of contract)*

Prosimo vrnite:

(Please, return it to:)

ZAVOD RAST RUŠE
Mariborska cesta 31
2342 Ruše
Slovenija

IZJAVA

SEZNANITEV S PRAVILI PROGRAMA

Izjavljam, da sem seznanjen/a s pravili programa DNEVNA SOBA MARIA, urnikom ter načinom izvajanja storitve.

VARSTVO OSEBNIH PODATKOV (ustrezno označite):

- ☐ s podpisom tega soglasja **SOGLAŠAM / NE SOGLAŠAM** (ustrezno obkrožite), da Zavod RAST Ruše kot upravljavec uporablja in hrani moje osebne podatke za namen izvajanja dejavnosti, storitev in obveščanja.

Upravljavec osebnih podatkov je Zavod Rast Ruše, Mariborska cesta 31, 2342 Ruše. Pooblaščen oseb za varstvo osebnih podatkov pri upravljavcu je dosegljiva na e-mailu: info@intelektum.eu. Zbrane osebne podatke bo upravljavec obdeloval in varoval skladno z Zakonom o varstvu osebnih podatkov (Uradni list RS, št. 163/22 – ZVOP-2) in Uredbo (EU) 2016/679 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 27. aprila 2016 o varstvu posameznikov pri obdelavi osebnih podatkov in o prostem pretoku takih podatkov ter o razveljavitvi Direktive 95/46/ES (Splošna uredba o varstvu podatkov; v nadaljevanju: GDPR). Osebni podatki se obdelujejo le za namen izvajanja dejavnosti, storitev in obveščanja ter se hranijo 5 let. Pravico imate, da od upravljavca kadarkoli zahtevate popravek, dopolnitev, izbris, omejitev obdelave, prenosa vaših osebnih podatkov in ugovora, vključno s pravico do pritožbe pri Informacijskem pooblaščenju, Dunajska cesta 22, 1000 Ljubljana. Več informacij o obdelavi in varstvu osebnih podatkov najdete na naši spletni strani <https://www.zavod-rast.si/> ali v tajništvu zavoda.

SOGLASJE ZA OBDELAVO OSEBNIH PODATKOV (ustrezno označite):

- ☐ s podpisom tega soglasja **SOGLAŠAM / NE SOGLAŠAM** (ustrezno obkrožite), da Zavod RAST Ruše kot upravljavec uporablja in hrani moje osebne podatke za namen izvajanja dejavnosti, storitev in obveščanja.

Upravljavec osebnih podatkov je Zavod Rast Ruše, Mariborska cesta 31, 2342 Ruše. Pooblaščen oseb za varstvo osebnih podatkov pri upravljavcu je dosegljiva na e-mailu: info@intelektum.eu. Zbrane osebne podatke bo upravljavec obdeloval in varoval skladno z Zakonom o varstvu osebnih podatkov (Uradni list RS, št. 163/22 – ZVOP-2) in Uredbo (EU) 2016/679 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 27. aprila 2016 o varstvu posameznikov pri obdelavi osebnih podatkov in o prostem pretoku takih podatkov ter o razveljavitvi Direktive 95/46/ES (Splošna uredba o varstvu podatkov; v nadaljevanju: GDPR). Osebni podatki se obdelujejo le za namen izvajanja dejavnosti, storitev in obveščanja ter se hranijo 5 let. Pravico imate, da od upravljavca kadarkoli zahtevate popravek, dopolnitev, izbris, omejitev obdelave, prenosa vaših osebnih podatkov in ugovora, vključno s pravico do pritožbe pri Informacijskem pooblaščenju, Dunajska cesta 22, 1000 Ljubljana. Več informacij o obdelavi in varstvu osebnih podatkov najdete na naši spletni strani <https://www.zavod-rast.si/> ali v tajništvu zavoda.

SOGLASJE ZA FOTOGRAFIRANJE (ustrezno označite):

S podpisom tega soglasja **DOVOLJUJEM / NE DOVOLJUJEM** (ustrezno obkrožite), fotografiranje ter uporabo fotografij, na katerih sem upodobljen/-a, za naslednje namene:

- ☐ interno dokumentacijo
☐ promocijo programa (spletna stran, družbena omrežja, tiskani materiali)

Fotografije se bodo uporabljale izključno za zgoraj navedene namene in v skladu z veljavno zakonodajo o varstvu osebnih podatkov.

SOGLASJE ZA NUJNO MEDICINSKO POMOČ

S podpisom tega soglasja **SOGLAŠAM / NE SOGLAŠAM** (ustrezno obkrožite), da osebje programa DNEVNA SOBA MARIA v primeru nujnega zdravstvenega stanja pokliče nujno medicinsko pomoč.

SOGLASJE ZA DAJANJE ZDRAVIL

S podpisom tega soglasja **SOGLAŠAM / NE SOGLAŠAM** (ustrezno obkrožite), da osebje programa DNEVNA SOBA MARIA uporabniku/-ci poda zdravila v skladu z navodili zdravnika.

SOGLASJE ZA PREVOZE

S podpisom tega soglasja **SOGLAŠAM / NE SOGLAŠAM** (ustrezno obkrožite), da se uporabnik/-ca DNEVNE SOBE MARIA udeležuje organiziranih prevozov v okviru dejavnosti Dnevne sobe MARIA.

SOGLASJE ZA OBVEZNO UPORABO SOS OBESKA

S podpisom tega soglasja **SOGLAŠAM / NE SOGLAŠAM** (ustrezno obkrožite) z obvezno uporabo SOS obeska za uporabnika/-co v času vključitve v program DNEVNE SOBE MARIA oziroma pri udeležbi v organiziranih dejavnostih in prevozih.

Seznanjen/a sem, da je namen uporabe SOS obeska povečanje varnosti uporabnika ter hitrejša ukrepanje v primeru zdravstvenih težav, padca ali druge nepredvidene situacije.

SOGLASJE ZA PLAČILO GARANCIJE IN PRISPEVKA

S podpisom tega soglasja **SOGLAŠAM** s plačilom garancije ter prispevka za prehrano in splošne stroške programa.

Kraj in datum: _____ Podpis uporabnika: _____

Podpis kontaktne osebe / skrbnika: _____

NAVODILA IN PRAVILA DNEVNE SOBE MARIA

1. Splošne informacije

DNEVNA SOBA MARIA je program dnevnega bivanja in organiziranega preživljanja prostega časa, namenjenega starejšim z območja občine Ruše. Število mest je omejeno na največ 12 uporabnikov. Uporabniki se lahko vključijo v **celodnevni, poldnevni program ali program po urah**. Prav tako lahko glede na svoje potrebe izberejo obroke oziroma se odločijo za vključitev brez prehrane.

2. Pogoji za vključitev

- Pogoj za vpis je stalno ali začasno prebivališče v občini Ruše.
- Uporabnik mora biti samostojen ob lažji pomoči.
- Uporabnik v program DNEVNA SOBA MARIA ne sme prihajati bolan oziroma z nalezljivimi boleznimi.
- Ob vpisu se plača garancija v višini 100 €, ki se ob izpisu vrne, če so poravnane vse obveznosti.

Nakazilo garancije

Garancija 100€ se nakaže na TRR Javnega zavoda za dolgotrajno oskrbo RAST Ruše: SI56 0130 8600 0000 210 s sklicem SI 00 + datum nakazila. Obvezno vpišite namen (Dnevna soba MARIA) za katero plačujete prispevek.

Primer:

Javni zavod za dolgotrajno oskrbo RAST Ruše
Mariborska cesta 31, 2342 Ruše
IBAN: SI56 0130 8600 0000 210
NAMEN: Dnevna soba MARIA
REFERENCA: SI 00

Prijava bo dokončna, ko posredujete dokazilo o plačilu na mail:

info@zavod-rast.si

3. Prihod in odhod

- Prihod uporabnikov poteka med 6.30 in 8.00.
- Odhod uporabnikov poteka med 15.00 in 16.30.
- Za morebitne spremembe prihoda ali odhoda je potrebno predhodno obvestiti osebje.

- Uporabnik lahko prihaja samostojno, razen če svojec oziroma zakoniti zastopnik presodi da uporabnik potrebuje spremstvo.

4. Odsotnost uporabnika

- Odsotnost je potrebno sporočiti najkasneje do 7.30 zjutraj istega dne.
- Če odsotnost ni pravočasno javljena, se dan obračuna po veljavnem ceniku za program DNEVNA SOBA MARIA.
- V primeru daljše odsotnosti zaradi hospitalizacije ali zdravljenja storitev miruje. Mirovanje preneha z naslednjim dnem odpusta iz bolnišnice oziroma z zaključkom zdravljenja ali obravnave. V primeru mirovanja se plača 80% uporabnikovega prispevka.

5. Zdravila in osebne stvari

Uporabnik mora ob prihodu imeti:

- vsa potrebna zdravila,
- seznam oziroma navodila za jemanje zdravil,
- rezervna oblačila za preobleko,
- primerna oblačila glede na vreme in letni čas,
- druge osebne pripomočke, ki jih potrebuje.

6. SOS obesek

- Obvezna je uporaba SOS obeska, ki ga uporabnik prejme ob prihodu v DNEVNO SOBO MARIA.

7. Plačila

- Prispevek zajema stroške programa (celodnevne, poldnevne ali po urah), stroške SOS-obeska ter druge materialne stroške.
- Stroški prehrane se obračunavajo ločeno po veljavnem ceniku.
- Prispevek se zaračunava mesečno, skladno z vključitvijo uporabnika v program DNEVNA SOBA MARIA.
- Prispevek za vključitev v program DNEVNA SOBA MARIA znaša:
 - CELODNEVNI PROGRAM: 7 €
 - POLDNEVNI PROGRAM: 5 €
 - PO URAH: 3 €
- Cenik obrokov:
 - Zajtrk: 3,5 €
 - Malica: 3,5 €
 - Kosilo: 8,5 €
 - Popoldanska malica: 0,80 €

- Celotni stroški morajo biti poravnani v roku, ki je naveden na računu.
- V primeru neplačila si izvajalec pridržuje pravico do prekinitve oziroma avtomatskega izpisa uporabnika iz programa, po predhodnem opominu.

8. Delovni čas in prazniki

- DNEVNA SOBA MARIJA ne obratuje med prazniki in dela prostimi dnevi.

9. Spoštovanje pravil

- Uporabniki in svojci so dolžni spoštovati hišni red ter navodila zaposlenih.
- Vsi uporabniki morajo s svojim vedenjem prispevati k varnemu, mirnemu in spoštljivemu okolju za vse prisotne.

10. Kontakti

- DNEVNA SOBA MARIA
 - T: 041 354 561
 - E: dnevnasoba.maria@zavod-rast.si
- Zavod RAST Ruše:
 - T: 02 66 88 446
 - E: info@zavod-rast.si



Irena Kukovec Stajan,
direktorica
M: 031 764 169



