



REPUBLIKA SLOVENIJA

CENTER ZA SOCIALNO DELO
ŠENTJUR PRI CELJU

Ulica Dušana Kvedra 11, 3230 Šentjur

T: 03 746 25 20
F: 03 746 25 25
E: gpcsd.sentj@gov.si
www.cdsentjur.si

PROŠNJA ZA IZVAJANJE STORITVE SOCIALNA OSKRBA NA DOMU

Datum: _____

Prejemnik prošnje: _____

UPRAVIČENEC 1	UPRAVIČENEC 2
Ime in priimek:	Ime in priimek:
EMŠO:	EMŠO:
Stalno prebivališče (ulica, kraj, pošta, občina):	
Začasno prebivališče (ulica, kraj, pošta, občina):	
Telefonska in/ali GSM številka:	
Naslov elektronske pošte:	
Opis stanja:	
Ugotavljanje upravičenosti , storitev uveljavlja kot: <ul style="list-style-type: none">▪ oseba, starejša od 65 let,▪ oseba s statusom invalida po Zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb,▪ druga invalidna oseba, ki ji je priznana pravica do tuje pomoči in nege,▪ kronično bolna in oseba z dolgotrajnimi okvarami zdravja,▪ hudo bolan otrok ali otrok s težko motnjo v telesnem ali težko in najtežjo motnjo v duševnem razvoju,▪ drugo : _____	

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

OPRAVILA	Šifra storitve	Naziv storitve
A) pomoč pri temeljnih dnevni opravilih	A.01	pomoč pri oblačenju/slačenju
	A.02	pomoč pri umivanju
	A.03	pomoč pri hranjenju
	A.04	pomoč pri opravljanju osnovnih življenjskih potreb
	A.05	vzdrževanje in nega osebnih ortopedskih pripomočkov
	A.06	
B) gospodinjska pomoč	B.01	prinašanje enega pripravljenega obroka hrane
	B.02	nabava živil in priprava enega obroka hrane
	B.03	pomivanje porabljene posode
	B.04	osnovno čiščenje bivalnega dela prostorov z odnašanjem smeti
	B.05	postiljanje in osnovno čiščenje spalnega prostora
	B.06	
C) pomoč pri ohranjanju socialnih stikov	C.01	vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, s prostovoljci in s sorodstvom
	C.02	spremljanje upravičenca pri opravljanju nujnih obveznosti
	C.03	informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca
	C.04	priprava upravičenca na institucionalno varstvo
	C.05	

Časovni plan:

Dan: ◇ PON ◇ TOR ◇ SRE ◇ ČET ◇ PET ◇ SOB ◇ NED ◇ PRAZNIKI

Želeni termin izvajanja pomoči:

Želen začetek izvajanja pomoči:

KOSILO

Vrsta kosila: ◇ navadno ◇ sladkorna dieta ◇ želodčno žolčna dieta

Časovni plan:

Dan: ◇ PON ◇ TOR ◇ SRE ◇ ČET ◇ PET ◇ SOB ◇ NED ◇ PRAZNIKI

Pobuda za izvajanje pomoči:

- a) uporabnik/ca
- b) svojci
- c) zdravstvena oz. patronažna služba
- d) socialna služba
- e) drugo

Podatki o kontaktnih osebah

Ime in priimek:

Ulica, kraj, pošta:

Telefonska/GSM številka:

Naslov elektronske pošte:

Pred obiskom obvestiti:

Naslov: telefon:

Naslov elektronske pošte:

Podpis vlagatelja: _____

(zakonitega zastopnika oz. pooblaščenca)

V _____, dne _____

OPOMBE:

