

Socialno varstveni zavod: **Dom Danice Vogrinec Maribor**
DELOVNA ENOTA

- POBREŽJE 1
 POBREŽJE 2
 POBREŽJE 3

TABOR

- DOMSKO VARSTVO
 DNEVNO VARSTVO

- PODLEHNIK

Čufarjeva cesta 9

Veselova ulica 3

**PROŠNJA ZA SPREJEM ALI PREMESTITEV V INSTITUCIONALNO
VARSTVO**

Sprejem

Premestitev

UPORABNIK

1. IME IN PRIIMEK (dekliški priimek): _____

2. Enotna Matična Številka Občana:

3. STALNO PREBIVALIŠČE: Ulica _____

Kraj: _____ Občina: _____ Pošta:

ZAČASNO BIVALIŠČE: naslov _____

4. Telefonska/GSM številka:

5. Ali ste prostovoljno zdravstveno zavarovani: DA NE

ZAKONITI ZASTOPNIK oz. POOBLAŠČENEC

(**Zakoniti zastopnik** je tisti, ki 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 sprejema, premestitve oziroma odpusta iz zavoda)

6. IME IN PRIIMEK: _____

7. STALNO PREBIVALIŠČE: Ulica _____

Kraj: _____ Občina: _____ Pošta:

8. Telefonska številka: GSM številka:

KONTAKTNA OSEBA

(Izpolniti le, če je kontaktna oseba različna od zakonitega zastopnika oz. pooblaščenca)

9. IME IN PRIIMEK: _____

10. Ulica _____ Kraj: _____ Pošta: □□□□

11. Telefonska/GSM številka: □□□□□□□□

mesečni dohodki uporabnika in plačilo storitve

12. REDNI MESEČNI DOHODKI:

- Nimam rednih dohodkov Imam redne dohodke

13. PLAČILO STORITEV

- Storitev bom v celoti plačeval sam
- Storitev bom plačeval do višine svoje plačilne sposobnosti razliko pa bodo doplačevale naslednje osebe:

ime priimek	leto. rojstva	naslov prebivališča	telefonska številka	razmerje do upravičenca

- Zaposil bom za oprostitev plačila oziroma za (do)plačilo

Storitve

14. NAVEDITE, ZAKAJ POTREBUJETE STORITVE IZVAJALCA

18. KDAJ ŽELITE ZAČETI UPORABLJATI STORITVE?

19. ŽELIM, DA PROŠNJO POSREDUJETE ŠE NASLEDNJIM IZVAJALCEM:

Vlagatelj mora priložiti naslednja dokazila:

1. zdravniško mnenje o zdravstvenem stanju, staro največ mesec dni, če ni razvidno iz dokazil iz zadnje točke,
2. * izjavo o (do)plačilu storitve s strani tretje osebe,
3. odločbo pristojnega organa oziroma izvedensko mnenje pristojne komisije, izdano v postopku uveljavljanja pravic po drugih predpisih (v primeru prošnje za sprejem oziroma premestitev v posebni socialno varstveni zavod, kombinirani socialno varstveni zavod, varstveno delovni center ali v zavod za usposabljanje),
4. **pooblastilo oz. odločbo o postavitvi zakonitega zastopnika.

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.

V skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov dovoljujem, da se moji osebni podatki, navedeni v tej prošnji, posredujejo zavodom, ki sem jih navedel v 18. točki te prošnje in jih oni uporabljajo v postopkih uveljavljanja pravice do institucionalnega varstva.

Podpis uporabnika _____

(zakonitega zastopnika oz. pooblaščenca)

oz.

Podpis drugega vlagatelja _____

(če prošnje ne vlaga uporabnik)

- razmerje do uporabnika _____
- naslov _____

V _____, dne: _____

* obvezna priloga le v primeru, da storitev (do)plačuje tudi tretja oseba

** obvezna priloga le v primeru, če prošnje za sprejem oz. premestitev vlaga zakoniti zastopnik ali pooblaščenec vlagatelja