



**Dom Taber**  
socialnovarstveni zavod



*Naložba v vašo prihodnost*  
OPERACIJO DELNO FINANCIRA EVROPSKA UNIJA  
Evropski sklad za regionalni razvoj

Šmartno 70, 4207 Cerklje na Gorenjskem

[www.domtaber.si](http://www.domtaber.si), [info@domtaber.si](mailto:info@domtaber.si)

tel.: 04/20 27 600

Prejeto:.....

**PROŠNJA ZA IZVAJANJE STORITVE POMOČI NA DOMU  
V OBLIKI SOCIALNE OSKRBE NA DOMU**

<b>UPORABNIK</b>			
Ime in priimek:			
EMŠO:			
Stalno prebivališče (ulica, kraj, pošta):			
Začasno prebivališče (ulica, kraj, pošta):			
Telefonska in/ali GSM številka:			
Poročen-a	Vdovec/vdova	Ločen-a	Samski/a
<b>Gibanje (ustrezno obkrožite):</b>			
pomičen	delno pomičen	nepomičen	
Zdravila uporabljate (ustrezno obkrožite):			
samostojno		ob pomoči	
<b>Uporabljam naslednje tehnične pripomočke (ustrezno obkrožite):</b> bolniško posteljo, invalidski voziček, počivalnik, hoduljo, bergle, palico, slušni aparat, zobno protezo, .....			
.....			
Dodatek za pomoč in postrežbo (ustrezno obkroži):		Osebni zdravnik:	
DA	NE		
Ste vključeni v patronažno oskrbo (ustrezno obkrožite):			
DA: _____		NE	
<b>Katere oblike pomoči v okviru storitve socialna oskrba na domu potrebujete? (ustrezno označite – pri posameznem sklopu se lahko obkroži več oblik pomoči)</b>			
<b>a) Pomoč pri temeljnih dnevnih opravilih</b>	pomoč pri oblačenju in slačenju		
	pomoč pri umivanju		
	pomoč pri hranjenju		
	pomoč pri opravljanju osnovnih življenjskih potreb		
	vzdrževanje in nega osebnih ortopedskih pripomočkov		
<b>b) Gospodinjska pomoč</b>	prinašanje enega obroka ali nabava živil in priprava enega obroka		
	pomivanje uporabljene posode		
	osnovno čiščenje bivalnega prostora z odnašanjem smeti		
	postiljanje in osnovno vzdrževanje spalnega prostora		
<b>c) Pomoč pri ohranjanju socialnih stikov</b>	vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, prostovoljci in sorodstvom		

	spremljanje pri opravljanju nujnih obveznosti	
	informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca	
	pomoč pri ohranjanju socialnih stikov	

**Navedite zakaj potrebujete storitve izvajalca:**

---

**Časovni plan:**

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

Želeni termin izvajanja pomoči: .....

**KOSILO**

**Vrsta kosila:**  navadno  sladkorna dieta  želodčno žolčna dieta/drugo.....

**Časovni plan:**

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

**Opis situacije:**

---



---



---

**Posebnosti, želje, pričakovanja:**

---



---

**Plačilo storitev:**

- a.) Storitev bom plačeval sam
- b.) Storitev bo (do)plačeval/a: \_\_\_\_\_
- c.) Zaprošil bom za oprostitev plačila oz. za (do)plačilo

**Predviden začetek izvajanja storitve:**

---

**Ugotavljanje upravičenosti, storitev uveljavlja kot:**

- 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 : \_\_\_\_\_

**Podatki o kontaktnih osebah**

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

Ulica, kraj, pošta: \_\_\_\_\_

Telefonska/GSM številka: \_\_\_\_\_

Naslov elektronske pošte: \_\_\_\_\_

Podpis vlagatelja .....  
(skrbnik za poseben primer oz. pooblaščenec)

Podpis vlagatelja:.....  
(osebno)

v ....., dne .....