

**DSO NAKLO**  
**DOM ZA STAREJŠE OBČANE NAKLO, Stara cesta 61, 4202 Naklo**

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

**UPRAVIČENEC**

Ime in priimek:

Naslov:

EMŠO:

Telefonska  
številka/GSM:

Elektronski naslov:

Datum prošnje:

**Uporabljam naslednje tehnične pripomočke (ustrezno obkrožite):**

Bolniško posteljo, invalidski voziček, počivalnik, hoduljo, bergle, palico, slušni aparat,  
zobno protezo,.....  
.....  
.....

**Gibanje (ustrezno obkrožite):**

pomičen

delno pomičen

nepomičen

**Oblike pomoči, ki jih potrebujem v okviru storitve pomoči družini na domu (ustrezno označite)**

<b>a.</b> <b>POMOČ PRI TEMELJNIH DNEVNIH OPRAVILIH</b>	Pomoč pri oblačenju in slačenju	A1
	Pomoč pri umivanju	A2
	Pomoč pri hranjenju	A3
	Pomoč pri opravljanju osnovnih življenjskih potreb	A4
	Vzdrževanje in nega ortopedskih pripomočkov	A5
<b>b.</b> <b>GOSPODINJSKA POMOČ</b>	Prinašanje enega obroka	B1
	Nabava živil in priprava obroka hrane, idr.	B2
	Pomivanje uporabljene posode	B3
	Osnovno čiščenje bivalnega prostora z odnašanjem smeti	B4
	Postiljanje in osnovno vzdrževanje spalnega prostora	B5
<b>c.</b> <b>POMOČ PRI OHRANJANJU SOCIALNIH STIKOV</b>	Vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, prostovoljci in sorodstvom	C1
	Spremljanje pri opravljanju nujnih obveznostih	C2
	Informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca	C3
	Pomoč pri ohranjanju socialnih stikov	C4

**ŽELJE,  
PRIČAKOVANJA,  
POTREBE:**

**Željeni časovni obseg storitve (ustrezno obkrožite in vpišite):**

- delavnik
- nedelja
- praznik

- dopoldan
- v času kosila
- popoldan

Predvideno št. ur:

**OPOMBE, POSEBNOSTI:**

--

**Upravičenec uveljavlja storitev kot (obkrožite številko):**

1.	Oseba, starejša ob 65 let
2.	Oseba s statusom invalida v skladu z zakonom, ki ureja socialno vključevanje invalidov
3.	Druga invalidna oseba, ki ji je priznana pravica do tuje pomoči in nege,
4.	Kronično bolna oseba in oseba z dolgotrajnimi okvarami zdravja,
5.	Hudo bolan otrok ali otrok s težko motnjo v telesnem ali težko in najtežjo motnjo v duševnem razvoju

**Izjava o plačevanju storitve pomoči družini na domu:**

Seznanjen/seznanjena sem s trenutno ceno storitve pomoči družini na domu.

Ta znesek (ustrezno označite oz. vpišite podatke):

1.	Bom plačal/plačala v celoti sam/sama.
2.	Zaradi nizkega dohodka bom zaprosil/zaprosila za oprostitev plačila storitve pomoči na domu na pristojnem CENTRU ZA SOCIALNO DELO
3.	Bo plačnik storitve: Ime in priimek: ..... Naslov: ..... EMŠO: ..... Telefonska številka: .....

**Zakoniti zastopnik/pooblaščenec/kontaktna oseba:**

Ime in priimek:	
Naslov:	
Telefonska št. / GSM:	
Elektronska pošta:	

**Podpis plačnika:**
**Podpis upravičenca (zakonitega zastopnika, pooblaščenca)**

--	--

**IZPOLNI DSO NAKLO:**

Datum vložitve prošnje: .....	Datum obiska: .....
-------------------------------	---------------------

**INFORMACIJA O OBDELAVI OSEBNIH PODATKOV**

DSO NAKLO bo osebne podatke obdeloval za potrebe izvajanja pomoči na domu na podlagi Zakona o socialnem varstvu. Osebni podatki bodo hranjeni in varovani skladno z roki in na primeren način, da ne bo prišlo do . morebitnih neupravičenih razkritij podatkov nepooblaščenim osebam. Obdelava oziroma posredovanje osebnih podatkov bo omogočeno izključno naslednjim pooblaščenim uporabnikom: administracija in osebe, ki sodelujejo pri PND v DSO Naklo.

Vlagatelj/ica ima glede osebnih podatkov, ki se nanašajo nanj/o, pravico seznanitve, dopolnitve, popravka, omejitve obdelave, izbrisa, prenosljivosti in ugovora (vključno s pravico do pritožbe pri Informacijskem pooblaščenca in sodnim varstvom pravic).