

Socialno varstveni zavod : **ŽELVA LJUBLJANA D.O.O.**

Naslov : **Samova ulica 9, 1000 Ljubljana**

## PROŠNJA ZA VKLJUČITEV ALI PREMESTITEV V STORITEV VODENJE IN VARSTVO TER ZAPOSILITEV POD POSEBNIMI POGOJI

Vključitev

Premestitev

### UPORABNIK

1. IME IN PRIIMEK: \_\_\_\_\_

2. Enotna Matična Številka Občana:

3. STALNO PREBIVALIŠČE: Ulica \_\_\_\_\_

Kraj: \_\_\_\_\_ Občina: \_\_\_\_\_ Pošta:

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:

13. Telefonska/GSM številka:

### KONTAKTNA OSEBA

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

1. IME IN PRIIMEK: \_\_\_\_\_

2. Ulica \_\_\_\_\_ Kraj: \_\_\_\_\_ Pošta:

3. Telefonska/GSM številka:

PROŠNJA ZA VKLJUČITEV ALI PREMESTITEV V STORITEV VODENJE IN VARSTVO TER ZAPOSILITEV POD POSEBNIMI POGOJI

14. KAKŠNO IN KOLIKO POMOČI POTREBUJETE PRI VSAKDANJIH OPRAVILIH IN SKRBI ZASE (prekrižajte ustrezen kvadrateg)?

Pri	sem samostojen/a	potrebujem pomoč		opomba
		občasno	stalno	
oblačenju in slačenju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
obuvanju in sezuvanju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
umivanju, kopanju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
prehranjevanju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
odvajanju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

15. ŽELIM, DA PROŠNJO ZA VKLJUČITEV OZIROMA PREMESTITEV 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 21. točki te prošnje in jih oni uporabljajo v postopkih uveljavljanja pravice do institucionalnega varstva.

V \_\_\_\_\_, dne: \_\_\_\_\_

Podpis uporabnika \_\_\_\_\_  
(zakonitega zastopnika oz. pooblaščenca)

oz.

Podpis drugega vlagatelja \_\_\_\_\_  
(če prošnje ne vlaga uporabnik)

- razmerje do uporabnika \_\_\_\_\_
- naslov \_\_\_\_\_