

Vloga za uveljavljanje pravice do integrirane oskrbe

v okviru projekta »Preoblikovanje obstoječih mrež ter vstop novih izvajalcev za nudenje skupnostnih storitev in programov za starejše«

Ime in priimek vlagatelja: _____

EMŠO vlagatelja: _____

Spol vlagatelja: ženski moški

Naslov stalnega bivališča vlagatelja:

Naslov začasnega bivališča vlagatelja:

Naslov bivališča, kjer se izvede ocena upravičenosti do integrirane oskrbe (v kolikor se naslov razlikuje od stalnega bivališča vlagatelja):

Telefonska številka vlagatelja: _____

E-poštni naslov vlagatelja (v kolikor ga vlagatelj ima): _____

Ime in priimek skrbnika/zakonitega zastopnika/pooblaščenca (v kolikor ga vlagatelj ima)

*priloga: odločba/sklep/pooblastilo

Spol skrbnika/zakonitega zastopnika/pooblaščenca: ženski moški

Naslov stalnega/začasnega bivališča skrbnika/zakonitega zastopnika/pooblaščenca:

Telefonska številka in elektronski naslov skrbnika/zakonitega zastopnika/pooblaščenca:

Ime in priimek osebe, ki vlagatelju najpogosteje nudi pomoč (podatek ni obvezen):

Naslov stalnega/začasnega bivališča osebe, ki vlagatelju najpogosteje nudi pomoč (podatek ni obvezen):

Telefonska številka osebe, ki vlagatelju najpogosteje nudi pomoč (podatek ni obvezen): _____

Ime in priimek izbranega osebnega zdravnika: _____

Opis razlogov zaradi katerih bi vlagatelj potreboval storitve integrirane oskrbe:

Najvišja dosežena izobrazba vlagatelja:

<input type="checkbox"/> nedokončana osnovnošolska	<input type="checkbox"/> osnovnošolska
<input type="checkbox"/> nižja ali srednja poklicna	<input type="checkbox"/> srednja strokovna ali srednja splošna
<input type="checkbox"/> višješolska ali višja strokovna	<input type="checkbox"/> visokošolska strokovna, univerzitetna ali več

Zakonski status vlagatelja:

- samski poročen živim v zunajzakonski skupnosti
 ločen/razvezan ovdovel drugo (vpišite): _____

Stanovanjski položaj vlagatelja:

- lastnik, solastnik najemnik profitnega stanovanja
 lastnik je partner najemnik neprofitnega stanovanja
 uporabnik v stanovanju sorodnikov ne plačujem najemnine
 drugo (vpišite): _____

Prejemki in storitve, ki jih vlagatelj že prejema (označiti vse oblike, ki jih vlagatelj že prejema):

- pomoč s strani svojcev
 pomoč s strani prostovoljcev
 dodatek za pomoč in postrežbo

<input type="checkbox"/> Najvišji (430,19€)
<input type="checkbox"/> Višji od 300€
<input type="checkbox"/> Nižji od 150€

- storitve osebne asistenc¹
 storitve pomoči družini na domu – v obsegu: _____ ur na mesec
 storitve patronažne zdravstvene nege – v obsegu: _____ ur na mesec
 drugo (npr. dnevni center): _____
 institucionalno oskrbo (npr. oskrba v domu starejših)

če je oseba v institucionalni oskrbi zapišite tudi **kategorijo**:

- oskrbe: _____
- zdravstvene nege: _____

Število članov gospodinjstva vlagatelja (skupaj z vlagateljem) (vpišite število):

Prosim označite, kolikšen približno je skupni mesečni neto dohodek vašega celotnega gospodinjstva, to je dohodek vseh članov gospodinjstva skupaj (v evrih):

<input type="checkbox"/> do 500	<input type="checkbox"/> od 1.000 do 1.250	<input type="checkbox"/> od 2.000 do 2.500
<input type="checkbox"/> od 500 do 750	<input type="checkbox"/> od 1.250 do 1.500	<input type="checkbox"/> od 2.500 do 3.000
<input type="checkbox"/> od 750 do 1.000	<input type="checkbox"/> od 1.500 do 2.000	<input type="checkbox"/> nad 3.000
<input type="checkbox"/> ne vem	<input type="checkbox"/> ne želim odgovoriti	

¹ Storitve iz naslova integrirane oskrbe in osebne asistenc se izključujejo

Spodaj podpisani/na:

- se strinjam, da strokovni delavec vstopno informacijske točke oceno upravičenosti opravi na mojem domu,
- navajam, da so vsi podatki, navedeni v vlogi resnični, točni in popolni,
- se strinjam, da se v primeru ugotovljene upravičenosti do storitev integrirane oskrbe iz Javnega razpisa »Preoblikovanje obstoječih mrež ter vstop novih izvajalcev za nudenje skupnostnih storitev in programov za starejše« ocena upravičenosti do integrirane oskrbe posreduje koordinatorju integrirane oskrbe, ki me po predhodnem dogovoru, obišče na mojem domu,
- se obvezujem da bom sporočil vsako spremembo osebnih ali drugih podatkov, pomembnih za izvajanje integrirane oskrbe.

Podpis: _____

Datum in kraj: _____

Izpolni strokovni delavec vstopno informacijske točke:

Vlogo za oceno upravičenosti je podal:

zainteresirani posameznik, oziroma oseba, starejša od 65 let, če je zaradi bolezni, starostne oslabelosti, poškodb, invalidnosti, pomanjkanja ali izgube intelektualnih sposobnosti, pri zadovoljevanju osnovnih in podpornih dnevnih opravil, potrebuje pomoč druge osebe ali skrbnik osebe;

zainteresirani posameznik oziroma oseba, starejša od 65 let, ki pri sebi zaznava pešanje telesnih, funkcionalnih oziroma kognitivnih sposobnosti;

Ob soglasju posameznika:

izbrani osebni zdravnik ali drugi lečeči zdravnik;

pristojna patronažna medicinska sestra;

koordinator odpusta iz bolnišnice;

strokovni delavec pristojnega centra za socialno delo;

ali druga od vlagatelja pooblaščen oseba.

Izpolni strokovni delavec VIT:

EŠD upravičenca: _____