

Socialno varstveni zavod:

Naslov:

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

Vključitev

Premestitev

**UPORABNIK**

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

2. ROJEN(a) dne: \_\_\_\_\_

KRAJ in OBČINA ROJSTVA: \_\_\_\_\_

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

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

4. TELEFONSKA ŠTEVILKA:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. ENOTNA MATIČNA ŠTEVILKA OBČANA:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. DAVČNA ŠTEVILKA:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. ALI STE PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANI:

DA NE

8. ŠOLSKA IZOBRAZBA: Stopnja izobrazbe (zadnja končana šola): \_\_\_\_\_

9. PODATKI O DRUŽINSKI SKUPNOSTI OZ. BIVANJU (obkrožite):

- živim sam(a),  
 živim z možem / ženo ali zunajzakonskim partnerjem,  
 živim pri otrocih,  
 živim pri starših,  
 živim pri drugih sorodnikih,  
 živim pri drugih ljudeh,  
 v drugi obliki institucionalnega varstva;  
 (naslov \_\_\_\_\_)

### 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)

10. IME IN PRIIMEK: \_\_\_\_\_

11. ROJEN(a) dne: \_\_\_\_\_ KRAJ: \_\_\_\_\_

12. STALNO PREBIVALIŠČE: Ulica \_\_\_\_\_

Kraj: \_\_\_\_\_

Pošta:     \_\_\_\_\_

13. TELEFONSKA ŠTEVILKA:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

14. KAKŠNO IN KOLIKO POMOČI POTREBUJETE PRI VSAKDANJIH OPRAVILIH IN SKRBI ZASE?

Pri	sem samostojen/a	potrebujem pomoč		opomba
		občasno	stalno	
oblačenju in slačenju				
obuvanju in sezuvanju				
umivanju, kopanju				
prehranjevanju				
odvajanju				

15. ŽELIM, DA SE PROŠNJO ZA VKLJUČITEV OZIROMA PREMESTITEV POSREDUJE ŠE NASLEDNJIM ZAVODOM:

---

---

K PROŠNJI PRILAGAM:

1. potrdilo o državljanstvu in potrdilo o stalnem bivališču oziroma dovoljenje za stalno bivanje, oz. fotokopijo osebnega dokumenta,
2. zdravniško mnenje o zdravstvenem stanju, staro največ mesec dni, če ni razvidno iz dokazil iz zadnje točke,
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).

OPOMBA: Če prošnjo za sprejem oziroma premestitev vlaga zakoniti zastopnik ali pooblaščenec, mora priložiti kopijo pooblastila oziroma odločbe.

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 15. 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 \_\_\_\_\_