



# DOM DR. JOŽETA POTRČA POLJČANE

## Vloga za uveljavljanje pravice do dolgotrajne oskrbe na domu, v okviru Doma Dr. Jožeta Potrča Poljčane

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

EMŠO vlagatelja: \_\_\_\_\_

Spol vlagatelja:  ženski  moški

Naslov stalnega bivališča vlagatelja:

\_\_\_\_\_

Naslov začasnega bivališča vlagatelja (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):

\_\_\_\_\_

Rojstni datum: \_\_\_\_\_

\*priloga: odločba/sklep/pooblastilo

Spol skrbnika/zakonitega zastopnika/pooblaščenca:  ženski  moški

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_



# DOM DR. JOŽETA POTRČA POLJČANE

**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 dolgotrajne oskrbe:**

**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
- storitve osebne asistence
- storitve pomoči na domu – v obsegu: \_\_\_\_\_ ur na mesec
- storitve patronažne zdravstvene nege – v obsegu: \_\_\_\_\_ ur na mesec
- drugo (npr. dnevni center): \_\_\_\_\_



# DOM DR. JOŽETA POTRČA POLJČANE

---

Spodaj podpisani/na:

- se strinjam, da koordinator dolgotrajne oskrbe opravi prvi obisk na mojem domu,
- navajam, da so vsi podatki, navedeni v vlogi resnični, točni in popolni,
- se obvezujem da bom sporočil vsako spremembo osebnih ali drugih podatkov, pomembnih za izvajanje dolgotrajne oskrbe.

Podpis: \_\_\_\_\_

Datum in kraj: \_\_\_\_\_