



VLOGA DNEVNI CENTER

v Domu ob Savinji Celje

I. OSEBNI PODATKI UPORABNIKA STORITEV DNEVNEGA CENTRA

Ime in priimek: _____ Spol: M Ž

Datum rojstva: _____ Kraj in občina rojstva: _____

Naslov stalnega bivališča: _____

Telefon: _____ Občina: _____

EMŠO: _____ Davčna številka: _____

Naročam tudi druge storitve Centra za pomoč na domu: NE DA

A - Pomoč na domu B - Dostava kosila C - Pomoč na daljavo
 D - Drugo _____

Podatki o življenjski skupnosti ali gospodinjstvu:

A - Živim sam/a B - Živim z zakoncem C - Živim pri drugih ljudeh
 D - Živim s sorodniki _____ E - Drugo _____

Stopnja izobrazbe: _____ Poklic: _____

II. PODATKI O SVOJCIH IN DRUGIH KONTAKTNIH OSEBAH

Ime in priimek: _____ Telefon: _____

Naslov: _____

III. STORITEV

Plačilo storitev:

A - Storitev bom plačeval/a sam/a
 B - Storitev bodo doplačevale naslednje osebe:

Oseba 1:

Ime in priimek: _____ Telefon: _____

Naslov: _____ Razmerje: _____

Oseba 2:

Ime in priimek: _____ Telefon: _____

Naslov: _____ Razmerje: _____

Oseba 3:

Ime in priimek: _____ Telefon: _____

Naslov: _____ Razmerje: _____

C - Vložil bom zahtevek za doplačilo pri pristojem Centru za socialno delo



V Dnevni center želim prihajati:

- A - Vsak dan B - Nekajkrat tedensko C - Občasno

Ponedeljek od _____ do _____

Torek od _____ do _____

Sreda od _____ do _____

Četrtek od _____ do _____

Petek od _____ do _____

Kako boste prihajali v Dnevni center?

- A - Prihajal/a bom sam/a B - Pripeljali me bodo svojci C - Drugo _____

- D - Želim, da mi prevoz omogoči Center za pomoč na domu

Katere storitve bi želeli koristiti v času vašega bivanja v Dnevnom centru?

- A - Frizer B - Pedikura
 B - Masaža D - Drugo _____

IV. PODATKI O ZDRAVSTVENEM STANJU UPORABNIKA

Potrebujem pomoč in postrežbo druge osebe:

- NE DA A - Pri umivanju B - Pri oblačenju C - Pri hranjenju

Pri gibanju uporabljam:

- A - Palico B - Hoduljo C - Voziček D - Ne potrebujem opore

Dietna prehrana:

- NE DA Kakšna? _____

Kratek opis zdravstvenih težav: _____

Ali prejmete dodatek za pomoč in postrežbo?

- NE DA - v višini _____ EUR

Izbrani zdravnik: _____

Kraj in datum:

Podpis uporabnika storitve:



Na podlagi 3. in 21. člena Pravilnika o varovanju zaupnih in osebnih podatkov ter zavarovanju dokumentarnega gradiva in Kataloga zbirk osebnih podatkov Doma ob Savinji Celje

IZJAVLJAM

da dovoljujem, da se moji osebni podatki, ki sem jih dal/a Domu ob Savinji Celje za potrebe organizacije in izvajanja storitev pomoči na domu, ki jih izvaja Center za pomoč na domu, uporabljajo samo v ta namen in to po postopkih, kot jih določa Pravilnik o varovanju osebnih podatkov v Domu ob Savinji Celje.

V Celju, dne _____

Podpis uporabnika storitve:

Podpis pooblaščne osebe:
