



**OBČINA MIKLAVŽ
NA DRAVSKEM POLJU**

Nad izviri 6
2204 Miklavž na Dravskem polju
www.miklavz.si

Tel. 02 / 6296 820
Fax. 02 / 6296 828
E-pošta: obcina.miklavz@miklavz.si

URADNE URE:
Ponedeljek : 8.00 - 12.00
Sreda: 8.00 - 12.00 in 14.00 - 16.00
Petek: 8.00 - 12.00

VLOGA ZA ODOBRITEV POMOČI DRUŽINI NA DOMU

1. PODATKI O VLAGATELJU:

_____	_____
(ime in priimek vlagatelja)	(telefonska številka)

(naslov stalnega prebivališča)	

(naslov začasnega prebivališča)	
_____	_____
(EMŠO)	(državljanstvo)

2. STATUS VLAGATELJA: (ustrezno označite)

- oseba stara 65 in več let
- oseba s statusom invalida po ZDVRTPO, št. odločbe _____, datum odločbe _____
- druga invalidna oseba, ki ji je priznana pravica do dodatka za pomoč in postrežbo
- kronično bolna oseba ali oseba z dolgotrajnimi okvarami zdravja
- družina z invalidnim otrokom, št. odločbe _____, datum odločbe _____

3. OBSEG STORITVE: (označite katero storitev želite)

a) Gospodinjska pomoč:

- pospravljanje in vzdrževanje osnovnih življenjskih prostorov
- pomoč pri pripravljanju obrokov hrane
- nabavljanje živil in drugih potrebnih stvari
- pranje in likanje perila

b) Pomoč pri vzdrževanju osebne higiene:

- pomoč pri umivanju
- pomoč pri oblačenju in slačenju
- pomoč pri hranjenju
- pomoč pri opravljanju osnovnih življenjskih potreb
- pomoč pri vzdrževanju osebnih ortopedskih pripomočkov

c) Pomoč pri ohranjanju socialnih stikov

- spremljanje pri opravljanju nujnih obveznosti
- sprehodi in družabništvo

4. TRAJANJE STORITVE:

Storitev potrebujem _____ krat na teden po _____ ur na dan, v času od _____ ure do _____ ure.

5. PODATKI O KLJUČNIH DRUŽINSKIH ČLANIH ALI SORODNIKI:

Ime in priimek	Naslov	Sorod. razmerje	Telefon

6. PODATKI O PLAČILU STORITVE: (ustrezno označite)

- a) Storitev bom plačal sam v celoti
- b) Uveljavljal bom oprostitev pri plačilu storitve

V _____, dne _____

Podpis vlagatelja: