



Varstveno delovni center SAŠA
Kidričeva cesta 19a, Velenje
Tel.: 0590 90 250
Fax: 0590 90 263

ZAČASNA NAMESTITEV V BE SONČNICA MOZIRJE

Spoštovani!

V BE Sončnica Mozirje imamo od 01. 03. 2023 dalje možnost začasne nastanitve v enoposteljni ali dvoposteljni sobi, ki jo lahko koristijo uporabniki VDC SAŠA, ki niso vključeni v institucionalno varstvo.

Možnost bivanja:

- enoposteljna soba, moška ali ženska, v kolikor je povpraševanje v določenem terminu samo 1 uporabnik / uporabnica;
- v kolikor je povpraševanje s strani dveh uporabnikov, je možnost:
 - o dva uporabnika v moški dvoposteljni sobi ali
 - o dve uporabnici v ženski dvoposteljni sobi.

Cena bivanja se določi glede na vrsto oskrbe:

- oskrba C2: odrasle osebe z zmerno motnjo v duševnem razvoju;
- oskrba C3: odrasle osebe s težjo motnjo v duševnem razvoju;
- oskrba C4: odrasle osebe s težko motnjo v duševnem razvoju;
- oskrba C5: odrasle osebe z več motnjami, ki imajo hkrati več primanjkljajev, ovir oziroma motenj (odrasli z motnjo v duševnem razvoju, osebnostnimi motnjami, gibalnimi in senzornimi oviranostmi ter s poškodbami glave, težavami v duševnem zdravju).

STORITEV	odrasle osebe z zmerno motnjo v duševnem razvoju	odrasle osebe s težjo motnjo v duševnem razvoju	odrasle osebe s težko motnjo v duševnem razvoju	odrasle osebe z več motnjami, ki imajo hkrati več primanjkljajev, ovir oziroma motenj
	C2	C3	C4	C5
2 postelj.soba s souporabo kopalnice	44,53	49,63	53,73	59,74
1 postelj.soba s kopalnico	48,58	53,68	57,78	63,79

Postopek oddaje vloge

Za koriščenje začasne namestitve v IV BE Sončnica Mozirje je potrebno oddati vlogo, s prilogo zdravniškega potrdila. Vloga in priloga sta objavljeni na spletni strani www.vdcsasa.si, lahko pa jo dobite tudi v VDC SAŠA.

Vlogo pošljite na naslov info@vdcsasa.si ali jo oddajte v svoji enoti.

Vlogo bomo obravnavali in vam odgovorili o možnosti bivanja v začasni namestitvi v zelenem datumu.

Ob sprejemu v začasno namestitev bomo sklenili Dogovor o začasni namestitvi v BE Sončnica Mozirje v institucionalnem varstvu za čas izvajanja storitve.

Druge informacije

Bivanje v začasni namestitvi BE Sončnica Mozirje je lahko 1 dan (tudi v primeru, da je npr. v koncu tedna bivanje le čez dan in se ne prespi, se plača celotni oskrbni dan). Največ je 90 dni bivanja v začasni namestitvi v tekočem letu na uporabnika.

V času koriščenja začasne namestitve je potrebno upoštevati hišni red v institucionalnem varstvu, dobite tudi vse potrebne informacije v zloženki za IV.

Darja Fišer,
direktorica VDC SAŠA



PROŠNJA ZA ZAČASNO NAMESTITEV V INSTITUCIONALNO VARSTVO BE Sončnica Mozirje

UPORABNIK

1. IME IN PRIIMEK: _____
2. Enotna Matična Številka Občana (EMŠO): _____
3. STALNO PREBIVALIŠČE: Ulica _____
Kraj: _____
4. Telefonska/GSM številka: _____

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)

1. IME IN PRIIMEK: _____
2. STALNO PREBIVALIŠČE: Ulica _____
Kraj: _____
3. Telefonska/GSM številka: _____

KONTAKTNA OSEBA (Izpolniti le, če je kontaktna oseba različna od zakonitega zastopnika oz. pooblaščenca)

1. IME IN PRIIMEK: _____ 10. Ulica
_____ Kraj: _____
2. 3. Telefonska/GSM številka: _____

PLAČILO STORITVE

Storitev bom plačal/a po prejemu računa, glede na stopnjo oskrbe in izbiro eno/dvoposteljne sobe:

- stopnja oskrbe C2 C3 C4 C5
- enoposteljna soba dvoposteljna soba

Cena storitve:

Število dni _____ x cena oskrbe C_ _____ = _____ €

TRAJANJE STORITVE

Datum izbrane začasne namestitve:

- Začetek bivanja (datum in ura) _____
- Zaključek bivanja (datum in ura) _____

POMOČ PRI VSAKDANJIH OPRAVILIH

oblačenje in slačenje	samostojen	občasno	stalno
obuvanje in sezuvanje	samostojen	občasno	stalno
umivanje, kopanje	samostojen	občasno	stalno
prehranjevanje	samostojen	občasno	stalno
odvajanje	samostojen	občasno	stalno

DRUGE POSEBNOSTI OBRAVNAVE

Priloga:

1. zdravniško mnenje o zdravstvenem stanju, staro največ mesec dni

Podpis uporabnika _____

Podpis zakonitega zastopnika oz. pooblaščenca _____

V _____, dne _____



VARSTVENO DELOVNI CENTER SAŠA

Kidričeva cesta 19a, Velenje

Tel.: 0590 90 250

Fax: 0590 90 263

info@vdcsasa.si

www.vdcsasa.si

ZDRAVNIŠKO SPRIČEVALO ZA SPREJEM V ZAČASNO VARSTVO INSTITUCIONALNEGA VARSTVA

Žig ali naslov zdravstvene ustanove:

I. OSEBNI PODATKI
IME IN PRIIMEK
NASLOV STALNEGA BIVALIŠČA
DATUM ROJSTVA

II. ZDRAVSTVENO STANJE	
DIAGNOZE	
POKRETNOST	<input type="checkbox"/> popolna <input type="checkbox"/> delna <input type="checkbox"/> nepokreten-na
PSIHIČNO STANJE	<input type="checkbox"/> orientiran-a <input type="checkbox"/> delno orientiran-a <input type="checkbox"/> neorientiran-a
KONTINENCA	<input type="checkbox"/> kontinenca <input type="checkbox"/> inkontinenca

POMOČ IN POSTREŽBA DRUGE OSEBE	<input type="checkbox"/> ni potrebna je potrebna pri umivanju je potrebna pri oblačenju je potrebna pri hranjenju
ALI IMA ŽE UVEDEN DODATEK ZA POMOČ IN POSTREŽBO?	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da – popolni <input type="checkbox"/> da – delni
MEDICINSKA POMOČ	<input type="checkbox"/> ni potrebna <input type="checkbox"/> je potrebna
KAKŠNA MEDICINSKA POMOČ JE POTREBNA?	
DOSEDANJA TERAPIJA	
DIETNA PREHRANA	<input type="checkbox"/> ni potrebna <input type="checkbox"/> je potrebna – kakšna?
VZROK ZA SPREJEM V DOMSKO OSKRBO IN DRUGE PRIPOMBE	
DATUM	

Podpis zdravnika:
