
Zdravstveni zavod / ambulanta (naziv in ime)

ZDRAVNIŠKO MNENJE
za najem oskrbovanega stanovanja

1. Prosilec / Uporabnik za najem oskrbovanega stanovanja

Ime in priimek: _____

Stalno prebivališče: _____

EMŠO | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

2. Psihofizične sposobnosti prosilca (ustrezno obkrožite SAMO ENO točko):

- a. Psihofizične sposobnosti prosilcu/ki omogočajo samostojno bivanje;
- b. Preostale psihofizične sposobnosti prosilcu/prosilki **OMOGOČAJO**, da z redno organizirano pomočjo drugega in z zagotovljenim zdravstvenim varstvom ohranja zadovoljivo duševno in telesno počutje in samostojnost v bivalnem okolju tako, da **NE POTREBUJE** popolnega institucionalnega varstva v zavodu oz. domu starejših;
- c. Preostale psihofizične sposobnosti prosilcu/prosilki **NE OMOGOČAJO** samostojnega bivanja v stanovanju. Prosilec/Prosilka **POTREBUJE** popolno institucionalno varstvo v zavodu oziroma domu starejših.

***Opomba:** Zdravniško mnenje se izdaja zgolj za potrebe odločanja o prijavi prosilca za najem oskrbovanega stanovanja oz. v postopku dodelitve oskrbovanega stanovanja v najem in morebitne sklenitve najemne pogodbe.*

Kraj in datum:

Žig:

Podpis osebnega zdravnika:

Soglasje prosilca za obdelavo osebnih podatkov:

Podpisani _____ dovoljujem obdelavo mojih osebnih podatkov o mojih psihofizičnih sposobnostih za potrebe uveljavljanja pravice do najema oskrbovanega stanovanja v lasti podjetja Spekter d.o.o. Trbovlje.

Kraj in datum:

Podpis prosilca:
