# Izvedbeni načrt osebne asistence

|  |
| --- |
| **1. Podatki o uporabniku osebne asistence:** |
| Priimek in ime: ………………………………..………………..…………  EMŠO: ………………………………………………………………..  Telefon: ……………………..………..… mobilni telefon: ………………………..……….  Naslov stalnega bivališča: ..……………………..………………….. občina: ………...……  Naslov začasnega bivališča: ………………………………………… občina: ……..……….  Elektronski naslov (e-mail): …………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **2. Podatki o zakonitem zastopniku uporabnika osebne asistence:** |
| Priimek in ime: ………………………………..………………..…………  EMŠO: ………………………………………………………………..  Telefon: ……………………..………..… mobilni telefon: ………………………..……….  Naslov stalnega bivališča: ..……………………..………………….. občina: ………...……  Naslov začasnega bivališča: ………………………………………… občina: ……..……..  Elektronski naslov (e-mail): …………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **3. Podatki o izvajalcu osebne asistence:** |
| Naziv: ………………………………..………………..…………  Naslov: ..……………………..………………….. občina: ………...……  Matična številka: ………………………………………………………………..  Davčna številka: ……………………..………..…  Telefon: ……………………..………..… mobilni telefon: ………………………..……….  Elektronski naslov (e-mail): ……………………………………………………………  Priimek in ime osebe, ki usklajuje osebno asistenco: …………………………………………………… |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4. Podatki iz odločbe/vrednotnice o priznanju osebne asistence:** | | |
| Številka odločbe: ……………………………… Datum: …………………..  Priznane ure osebne asistence po odločbi (označi in vpiši): | | |
|  | Na teden,  št. ur: …… | Sklopi storitev osebne asistence:   * Storitve, namenjene osebni pomoči uporabnika * Storitve, namenjene pomoči v gospodinjstvu in drugih dnevnih opravilih * Spremstvo * Pomoč na delovnem mestu in v izobraževalnem procesu * Pomoč pri komunikaciji |
|  | Na mesec,  št. ur: …... | Sklopi storitev osebne asistence:   * Spremstvo * Pomoč pri komunikaciji |

|  |  |
| --- | --- |
| **5. Obseg izvajanja osebne asistence pri izvajalcu osebne asistence (označi):** | |
|  | * Uporabnik bo pri izvajalcu osebne asistence uveljavljal pravico do **CELOTNEGA OBSEGA ur osebne asistence**, ki mu je priznana z odločbo |
|  | * Uporabnik bo pri izvajalcu osebne asistence uveljavljal pravico do **NIŽJEGA OBSEGA ur osebne asistence**, ki mu sicer po oceni/izračunu pripada \* |

**\*** Če bo uporabnik pri izvajalcu osebne asistence uveljavljal pravico do nižjega obsega ur osebne asistence, ki mu sicer po odločbi o pravici do osebne asistence pripada, je treba izpolniti rubriko 6. V nasprotnem primeru rubrika 6 ostane prazna.

|  |  |
| --- | --- |
| **6. Uveljavljanje pravice do NIŽJEGA OBSEGA ur osebne asistence:** | |
| **6.1. Število ur osebne asistence na teden, ki jih bo uporabnik uveljavljal pri izvajalcu osebne asistence:** | *Dejansko št. ur, ki jih bo uporabnik uveljavljal pri izvajalcu* |
| **6.2. Na kakšen način (kdo) bo uporabniku zagotovljen preostanek ur osebne asistence oziroma pomoči, ki jo potrebuje (vpišejo se tudi ure):** | *Zagotovljena bo v okviru storitve pomoč na domu* |
| *Zagotovljena bo v okviru storitve vodenje, varstvo in zaposlitev pod posebnimi pogoji* |
| *Zagotavljal/a jo bo neformalni/a oskrbovalec/ka (npr. družinski član, prijatelj, prostovoljec ipd.)* |
| *Zagotovljena bo za več uporabnikov hkrati (npr. na delovnem mestu)* |
| *Drugo: …………………………………………………………* |

|  |
| --- |
| **7. Opredelitev števila osebnih asistentov, ki bodo izvajali osebno asistenco:** |
| *Vpiši število osebnih asistentov* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **8. Začetek izvajanja osebne asistence pri izvajalcu:** | | |
| Vpiši datum:  …………………… | Vpiši koledarski teden v letu:  ……… | Vpiši število ur osebne asistence na teden v tem koledarskem tednu: ……  *(upoštevati je treba sorazmerni del ur v tem tednu, če se začetek izvajanja osebne asistence ne začne v ponedeljek)* |
|  |  | Vpiši število ur osebne asistence na teden v naslednjih koledarskih tednih, ki veljajo do spremembe: ……  *(število vpisanih ur mora biti enako številu ur iz rubrike 6.1.)* |

|  |
| --- |
| **9. Zaveza uporabnika, da bo polovico dodatka za pomoč in postrežbo oziroma drugega denarnega prejemka zaradi potrebe po tuji negi in pomoči namenil izvajalcu osebne asistence za sofinanciranje osebne asistence:** |
| **Zavezujem se, da bom polovico dodatka za pomoč in postrežbo oziroma drugega denarnega prejemka zaradi potrebe po tuji negi in pomoči namenil izvajalcu osebne asistence za sofinanciranje osebne asistence. Seznanjen sem s posledicami neplačevanja prispevka.**  **Podpis uporabnika oz. zakonitega zastopnika** |

|  |
| --- |
| **10. Morebitne dogovorjene posebnosti in opombe:** |
|  |

Datum: …………………..

Podpis uporabnika Podpis izvajalca:

oz. zakonitega zastopnika: