

Izvedbeni načrt osebne asistence številka ____

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: VITA AKTIVA, zavod za spodbujanje aktivnega in samostojnega življenja Maribor

Naslov: Ulica Dušana Mravljaka 15, 2000 Maribor

Matična številka: 8799571000

Davčna številka: 44955995

Mobilni telefon: 031 712 186

Elektronski naslov (e-mail): strokovni.vodja@vitaaktiva.com

Priimek in ime osebe, ki usklajuje osebno asistenco: Nika Kovačec

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 ☐ Spremlstvo ☐ Pomoč na delovnem mestu in v izobraževalnem procesu ☐ Pomoč pri komunikaciji
☐	Na mesec, št. ur:	Sklopi storitev osebne asistence: ☐ Spremlstvo ☐ 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:	<i>Dejansko št. ur, ki jih bo uporabnik uveljavljal pri izvajalcu</i>
6.2. Na kakšen način (kdo) bo uporabniku zagotovljen preostanek ur osebne asistence oziroma pomoči, ki jo potrebuje (vpišejo se tudi ure):	<i>Zagotovljena bo v okviru storitve pomoč na domu</i>
	<i>Zagotovljena bo v okviru storitve vodenje, varstvo in zaposlitev pod posebnimi pogoji</i>
	<i>Zagotovljena bo v okviru vključenosti v vzgojno-izobraževalni program</i>
	<i>Zagotavljal/a jo bo neformalni/a oskrbovalec/ka (npr. družinski član, prijatelj, prostovoljec ipd.)</i>
	<i>Zagotovljena bo za več uporabnikov hkrati (npr. na delovnem mestu)</i>
	<i>Drugo:</i>

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: <i>(upoštevati je treba sorazmerni del ur v tem tednu, če se začetek izvajanja osebne asistence ne začne v ponedeljek)</i>
		Vpiši število ur osebne asistence na teden v naslednjih koledarskih tednih, ki veljajo do spremembe: <i>(število vpisanih ur mora biti enako številu ur iz rubrike 6.1.)</i>

9. Izjava uporabnika, da bo uporabljal ustrezne tehnične pripomočke:

Izjavljam, da bom uporabljal ustrezne tehnične pripomočke, ki jih lahko uveljavljam na podlagi veljavnih predpisov, s čimer se bo zagotavljala varnost pri delu in varovanje zdravja osebnega asistenta / osebnih asistentov ter varnost uporabnika.

Podpis uporabnika oz. zakonitega zastopnika

10. Izjava uporabnika o storitvi spremstva

Izjavljam, da sem seznanjen s tem, da je storitev spremstva v obliki vožnje avtomobila (osebni prevoz) dopustna zgolj z uporabnikovim vozilom in na stroške uporabnika.

Podpis uporabnika oz. zakonitega zastopnika

11. Zaveza uporabnika, da bo polovico dodatka za pomoč in postrežbo oziroma drugega denarnega prejemka zaradi potrebe po tuji negi in pomoči namenil izvajalcu osebne asistencе za sofinanciranje osebne asistencе:

Zavezujem se, da bom polovico dodatka za pomoč in postrežbo oziroma drugega denarnega prejemka zaradi potrebe po tuji negi in pomoči namenil izvajalcu osebne asistencе za sofinanciranje osebne asistencе. Seznanjen sem s posledicami neplačevanja prispevka.

Podpis uporabnika oz. zakonitega zastopnika

12. Morebitne dogovorjene posebnosti in opombe:

Datum:

Podpis uporabnika
oz. zakonitega zastopnika:

Podpis izvajalca:
VITA AKTIVA, zavod za spodbujanje aktivnega
in samostojnega življenja Maribor