

Zdravstveni zavod / ambulanta

(naziv in naslov)

**Z D R A V N I Š K O M N E N J E**  
**za namen najema oskrbovanega stanovanja**

**1. Prosilec 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/ki 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 (**POTREBUJE OBČASNO POMOČ**);
- c) psihofizične sposobnosti prosilcu/ki **NE OMOGOČAJO SAMOSTOJNEGA BIVANJA**. Prosilec/ka **potrebuje popolno institucionalno varstvo** v zavodu oz. 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 Nepremičninskega sklada pokojninskega in invalidskega zavarovanja, d.o.o., Ljubljana.

Kraj in datum:

Podpis prosilca:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_