

---

Zdravstveni zavod / ambulanta (naziv in naslov)

## Z D R A V N I Š K O M N E N J E

za najem namenskega stanovanja prilagojenega za starejše

### 1. Prosilec:

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;

c) preostale psihofizične sposobnosti prosilcu/ki NE omogočajo samostojnega bivanja v stanovanju. Prosilec/ka POTREBUJE popolno institucionalno varstvo v zavodu oz. domu starejših.

*Opomba: Zdravniško mnenje se izdaja zgolj za potrebe odločanja o prijavi prosilca/ke za najem namenskega stanovanja prilagojenega za starejše oz. v postopku dodelitve takšnega stanovanja za starejše 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 namenskega stanovanja prilagojenega za starejše v lasti Nepremičninskega sklada pokojninskega in invalidskega zavarovanja, d.o.o., Ljubljana.

Kraj in datum:

Podpis prosilca: