

VLOGA ZA UVELJAVLJANJE PRAVICE DO OSKRBOVALCA DRUŽINSKEGA ČLANA IN IZBIRO OSKRBOVALCA DRUŽINSKEGA ČLANA

Vloga se uporablja v obdobju od 1. 1. 2025 do 31. 12. 2027

1. DEL VLOGE – za uveljavljanje pravice do oskrbovalca družinskega člana

Podatke vpisujte s tiskanimi črkami.

Uporabljeni izrazi v moški slovnični obliki so uporabljeni kot nevtralni za moške in ženske.

Za izpolnjevanje vloge uporabite Navodilo za izpolnjevanje vloge za uveljavljanje pravice do oskrbovalca družinskega člana, ki je priloga te vloge.

I. Podatki o osebi, ki uveljavlja pravico do oskrbovalca družinskega člana

1. Vlagatelj:

Priimek in ime:	
EMŠO:	
Naslov stalnega prebivališča:	
Naslov začasnega prebivališča:	
Davčna številka:	
Telefon*:	
Elektronski naslov*:	
Ali ste zavarovani za dolgotrajno oskrbo v drugi državi? Kateri?	
Ali ima eden od staršev do polnoletnosti vlagatelja priznano pravico do delnega plačila za izgubljeni dohodek po Zakonu o starševskem varstvu in družinskih prejemkih?	DA, ime in priimek starša: _____ NE <i>(obkrožite odgovor, v primeru da je odgovor DA, navedite ime in priimek starša)</i>

** podatek ni obvezen*

2. Skrbnik, skrbnik za posebni primer ali pooblaščenec (priloga: sklep o skrbništvu/pooblastilo):

Razmerje z vlagateljem:	<input type="checkbox"/> skrbnik
-------------------------	----------------------------------

	<input type="checkbox"/> skrbnik za posebni primer <input type="checkbox"/> pooblaščenec
Priimek in ime:	
EMŠO:	
Naslov stalnega prebivališča:	
Naslov za vročanje, če je drugačen kot naslov stalnega prebivališča:	
Telefon*:	
Elektronski naslov*:	

* podatek ni obvezen

II. Drugi podatki o vlagatelju

3. Pravico do oskrbovalca družinskega člana uveljavljam (označite eno izmed možnosti):

- prvič
- ponovno

Če ponovno vlagate vlogo, obrazložite, zakaj:

Kratka navedba o potrebi po pomoči pri opravljanju vsakdanjih opravil (hranjenje, oblačenje, osebna higiena, priprava obroka, gibanje, nakup živil ipd.) zaradi bolezni, starostne oslabelosti, poškodb, invalidnosti, pomanjkanja ali izgube intelektualnih sposobnosti, ki trajajo dlje časa ali so trajne:

Druge pomembne okoliščine, ki jih želite podati:

4. Upravičen sem do naslednjih spodaj navedenih pravic:

- dodatka za pomoč in postrežbo**, ki ga prejemam na podlagi predpisa (označite eno od možnosti):
 - ki ureja pokojninsko in invalidsko zavarovanje
 - ki ureja socialno vključevanje invalidov
 - ki ureja socialnovarstvene prejemke
 - ki ureja vojne veterane in vojne invalide
 - ki ureja tuje pokojnine oziroma na podlagi tujega predpisa, ki ureja dajatve, pridobljene v tujini
- institucionalno varstvo (živim v domu za starejše ali v drugem socialnovarstvenem zavodu)**
- pravico do osebne asistenc**
- pravico do komunikacijskega dodatka**
- ne koristim nič od zgoraj navedenega**
- Ali v času postopka uveljavljate katero od zgoraj navedenih pravic? DA / NE**
V kolikor DA, navedite katero: _____

III. Priloge (označite priloge, ki so priložene):

- aktualna zdravstvena dokumentacija (odpustna pisma iz bolnišnic, ambulantni izvidi, zdravniška mnenja osebnega zdravnika...),
- izvid zdravnika specialista s področja nevrologije ali fizioterije, da zavarovana oseba ne more uporabljati obeh rok in nog (izvid ne sme biti starejši od šestih mesecev od datuma oddaje popolne vloge),
- izvid kliničnega psihologa ali zdravnika specialista s področja psihiatrije ali nevrologije, iz katerega izhaja, da je bil na preizkusu spoznavnih sposobnosti ugotovljen hud kognitivni upad (izvid ne sme biti starejši od šestih mesecev od datuma oddaje popolne vloge),
- odločba o dodeljenem statusu invalida,
- odločba o priznanju pravice do delnega plačila za izgubljen dohodek po Zakonu o starševskem varstvu in družinskih prejemkih,

- pooblastilo za zastopanje,
- kopija pravnomočnega sklepa o postavitvi vlagatelja pod skrbništvo, iz katere je razviden obseg skrbnikovih obveznosti in pravic,
- pravni akt, na podlagi katerega vlagatelj prejema primerljivo pravico.

2. DEL VLOGE – za izbiro oskrbovalca družinskega člana

Podatke vpisujte s tiskanimi črkami.

Uporabljeni izrazi v moški slovnični obliki so uporabljeni kot nevtralni za moške in ženske.

Za izpolnjevanje vloge uporabite Navodilo za izpolnjevanje vloge za uveljavljanje pravice do oskrbovalca družinskega člana, ki je priloga te vloge.

Center za socialno delo (naziv in naslov)

izpolni center za socialno delo

I. Podatki o kandidatu za oskrbovalca družinskega člana

Priimek in ime:													
EMŠO:													
Naslov stalnega prebivališča:													
Naslov začasnega prebivališča:													
Bančni (transakcijski) račun:	SI56												
V primeru računa v tujini:	IBAN:												
	BIC/SWIFT koda:												
	naziv banke:												
	naslov banke:												
Telefon*:													
Elektronski naslov*:													

Ali ste zavarovani za dolgotrajno oskrbo v drugi državi? Kateri?	
Sorodstveno razmerje z upravičencem do dolgotrajne oskrbe:	<input type="checkbox"/> zakonec, zunajzakonski partner
	<input type="checkbox"/> hči in sin
	<input type="checkbox"/> hči in sin zakonca ali zunajzakonskega partnerja
	<input type="checkbox"/> starš (oče in mati, zakonec ali zunajzakonski partner očeta oziroma matere)
	<input type="checkbox"/> brat in sestra
	<input type="checkbox"/> vnuk ali vnukinja
	<input type="checkbox"/> sorodnik v svaštvu do vštetega drugega kolena v ravni vrsti ali stranski vrsti (obkroži): tast / tašča (starši zakonca ali zunajzakonskega partnerja) zet / snaha (zakonca ali zunajzakonskega partnerja) očim / mačeha pastorek / pastorka (otroci partnerja, če niso skupni) svak / svakinja (bratje in sestre zakonca oz. zunajzakonskega partnerja)
Navedite ime, priimek in EMŠO osebe, za katero bi želeli izvajati naloge oskrbovalca družinskega člana:	
V kolikor boste naloge oskrbovalca družinskega člana nudili dvema osebama, navedite tudi ime, priimek in EMŠO druge osebe:	

* *podatek ni obvezen*

Status kandidata (obkroži):

- brezposelna oseba,
- zaposlena ali samozaposlena oseba (med drugim tudi poklicna kmetijska dejavnost),
- upokojenec,
- drugo _____

1.1. Naloge oskrbovalca družinskega člana bom izvajal za polovični delovni čas (označi):

- ne

- da, v tem primeru drugi vlagatelj/kandidat za oskrbovalca družinskega člana do dolgotrajne oskrbe, ki bo nudil naloge oskrbovalca družinskega člana za preostali čas, izpolni spodnjo tabelo:

Priimek in ime:															
EMŠO:															
Naslov stalnega prebivališča:															
Naslov začasnega prebivališča:															
Telefon*:															
Elektronski naslov*:															
Bančni (transakcijski) račun:	SI56														
V primeru računa v tujini:	IBAN:														
	BIC/SWIFT koda:														
	naziv banke:														
	naslov banke:														
Ali ste zavarovani za dolgotrajno oskrbo v drugi državi? Kateri?															
Sorodstveno razmerje z upravičencem do dolgotrajne oskrbe:		<input type="checkbox"/> zakonec, zunajzakonski partner													
		<input type="checkbox"/> hči in sin													
		<input type="checkbox"/> hči in sin zakonca ali zunajzakonskega partnerja													
		<input type="checkbox"/> starš (oče in mati, zakonec ali zunajzakonski partner očeta oziroma matere)													
		<input type="checkbox"/> brat in sestra													
		<input type="checkbox"/> vnuk ali vnukinja													
		<input type="checkbox"/> sorodnik v svaštvu do vštete drugega kolena v ravni vrsti ali stranski vrsti (obkroži): tast / tašča (starši zakonca ali zunajzakonskega partnerja) zet / snaha (zakonca ali zunajzakonskega partnerja)													

	očim / mačeha pastorek / pastorka (otroci partnerja, če niso skupni) svak / svakinja (bratje in sestre zakonca oz. zunajzakonskega partnerja)
Navedite ime, priimek in EMŠO osebe, za katero bi želeli izvajati naloge oskrbovalca družinskega člana:	
V kolikor boste naloge oskrbovalca družinskega člana nudili dvema osebama, navedite tudi ime, priimek in EMŠO druge osebe:	

* *podatek ni obvezen*

Status kandidata (obkroži):

- brezposelna oseba,
- zaposlena ali samozaposlena oseba (med drugim tudi poklicna kmetijska dejavnost),
- upokojenec,
- drugo _____

II. Priloge (označite priloge, ki ste jih priložili):

- potrdilo o nekaznovanosti iz Ministrstva za pravosodje,
- v primeru sočasnega zagotavljanja dolgotrajne oskrbe dvema uporabnikoma, odločba o oskrbovalcu družinskega člana za drugega uporabnika,

III. IZJAVA

Vlagatelj in kandidat/kandidata za ODČ izjavljava/-mo, da se bo storitev pretežno izvajala na naslovu navedenega dejanskega skupnega prebivališča:

_____.

Vlagatelj in kandidat/kandidata za ODČ izjavljam/-mo da so vsi navedeni podatki v vlogi, resnični, točni in popolni in da za svojo izjavo prevzemava/prevzemamo vso materialno in kazensko odgovornost.

Datum: _____

Podpis vlagatelja, ki uveljavlja pravico do oskrbovalca družinskega člana oziroma skrbnika, skrbnika za posebni primer ali pooblaščenca:

Podpis kandidata za oskrbovalca družinskega člana:

Podpis drugega kandidata za oskrbovalca družinskega člana:

NAVODILA ZA IZPOLNJEVANJE 1. DELA VLOGE

Podatki o vlagatelju

Na vlogo se navede podatke vlagatelja in njegovega skrbnika, skrbnika za posebni primer oziroma pooblaščenca, če ga oseba ima.

Drugi podatki o vlagatelju (ta navodila se nanašajo na vlogo za oskrbovalca družinskega člana)

Na vlogo navedite, ali pravico do oskrbovalca družinskega člana uveljavljate prvič ali zaradi spremembe okoliščin pravico uveljavljate ponovno, v tem primeru tudi opišite spremenjene okoliščine oziroma obrazložite zakaj.

V prostor za besedilo navedite, zakaj uveljavljate pravico do oskrbovalca družinskega člana, opišite vaše zdravstveno stanje, starostno oslabelost, poškodbe, invalidnost ali pomanjkanje oziroma izgubo intelektualnih sposobnosti in kakšno pomoč zaradi teh okoliščin potrebujete.

V vlogi označite, ali prejimate katero od navedenih pravic.

NAVODILA ZA IZPOLNJEVANJE 2. DELA VLOGE

Podatki o kandidatu za oskrbovalca družinskega člana in upravičencu do oskrbovalca družinskega člana

1. Na vlogo se navede podatke vlagatelja/kandidata za oskrbovalca družinskega člana.

V primeru, da kandidat za oskrbovalca družinskega člana nudi ali bi želel nuditi storitve oskrbovalca družinskega člana dvema vlagatelja, to obvezno navede v tem delu vloge.

1.1. Oskrbovalec družinskega člana lahko nastopi delovno razmerje s polovičnim delovnim časom, če ima uporabnik dva oskrbovalca družinskega člana. V tem primeru drugi vlagatelj/kandidat za oskrbovalca družinskega člana izpolni tabelo v poglavju 1.1.

Če bo vlagatelj/kandidat opravljal naloge oskrbovalca družinskega člana v celoti, označi »ne« in tabele ne izpolni.

OSTALA NAVODILA ZA IZPOLNJEVANJE VLOGE

Priloge

Če k vlogi prilagate dokazila, to ustrezno označite in jih priložite vlogi. K vlogi ni potrebno prilagati potrdil, izpiskov in drugih podatkov o dejstvih iz uradnih evidenc, ki jih vodijo upravni in drugi državni organi, organi samoupravnih lokalnih skupnosti ali nosilci javnih pooblastil. Organ v tem primeru ravna v skladu s 139. členom Zakona o splošnem upravnem postopku (Uradni list RS, št. 24/06 – uradno prečiščeno besedilo, 105/06 – ZUS-1, 126/07, 65/08, 8/10, 82/13, 175/20 – ZIUOPDVE in 3/22 – ZDeb). Če stranka v skladu z zakonom izjavi, da prepoveduje organu, da si po uradni dolžnosti pridobi njene osebne podatke iz uradnih evidenc oziroma da želi te podatke pridobiti sama, se vloga šteje za popolno, ko so priložena dokazila, ki jih zahteva predpis.

Podpis

Vlogo mora podpisati vlagatelj. Če ima vlagatelj, ki uveljavlja pravico do oskrbovalca družinskega člana zakonitega zastopnika (pooblaščenca, skrbnika ali skrbnika za posebni primer), podpis te osebe.

Vlogo mora podpisati tudi kandidat za oskrbovalca družinskega člana.

Če bosta naloge oskrbovalca družinskega člana opravljala dva oskrbovalca družinskega člana, vsak za polovičen čas, podpis obeh kandidatov.

S podpisom vloge vsak od podpisnikov potrjuje točnost podatkov, ki so navedeni na vlogi.