

PRILOGA

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

Podatke vpisujte s tiskanimi črkami.

Pred izpolnjevanjem preberite priloženo navodilo.

**1. DEL VLOGE – za uveljavljanje pravice do oskrbovalca družinskega člana izpolni oseba, ki potrebuje pomoč in uveljavlja pravico do oskrbovalca družinskega člana**

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

**1. Vlagatelj**

Ime in priimek	
EMŠO	
Naslov stalnega prebivališča (ulica, hišna številka, kraj, poštna številka, država)	
Naslov začasnega prebivališča (ulica, hišna številka, kraj, poštna številka, država)	
Naslov dejanskega prebivanja, če imate stalni in začasni naslov (ulica, hišna številka, kraj, poštna številka, država)	
Telefonska številka (ni treba izpolniti, če so izpolnjeni podatki iz 2., 3. ali 4. točke)	
Elektronski naslov (ni treba izpolniti, če so izpolnjeni podatki iz 2., 3. ali 4. točke)	
Država zavarovanja za dolgotrajno oskrbo (če ste za dolgotrajno oskrbo zavarovani izven Republike Slovenije in imate stalno ali začasno prebivališče v Republiki Sloveniji, kjer tudi dejansko prebivate)	
Ime in priimek staršev, če je imel eden od staršev do polnoletnosti vlagatelja priznana pravico do delnega plačila za izgubljeni dohodek v skladu z zakonom, ki ureja starševsko varstvo in družinske prejemke	

- Označite, če pravico do oskrbovalca družinskega člana uveljavljate na podlagi statusa begunca ali subsidiarne zaščite po zakonu, ki ureja mednarodno zaščito.

**2. Izpolnite, če ste za oddajo vloge pooblastili drugo osebo**

Ime in priimek pooblaščenca ali naziv organizacije	
--	--

EMŠO ali matična številka organizacije	
Naslov za vročanje	
Telefon	
Elektronski naslov	

Pooblaščenec mora obvezno priložiti pooblastilo za zastopanje ali izpolnjen obrazec v Prilogi.

### 3. Izpolnite, če ste skrbnik vlagatelja

Razmerje do vlagatelja (označite eno možnost)	<input type="checkbox"/> skrbnik
	<input type="checkbox"/> skrbnik za posebni primer
Ime in priimek	
EMŠO	
Naslov stalnega prebivališča (ulica, hišna številka, kraj, poštna številka, država)	
Naslov začasnega prebivališča (ulica, hišna številka, kraj, poštna številka, država)	
Telefon	
Elektronski naslov	

### 4. Izpolnite, če je skrbnik ali pooblaščenec pravna oseba

Naziv in naslov organizacije	
Matična številka	
Telefon	
Elektronski naslov	

## II. Drugi podatki o vlagatelju

### 1. Označite, če ste že upravičeni do katere izmed pravic do dolgotrajne oskrbe (označite ustrezno/i možnost/i):

- oskrbovalca družinskega člana
- pravic do dolgotrajne oskrbe
- dodatne pravice do storitev e-oskrbe za osebe, stare 80 let ali več

**2. Na kratko navedite zakaj potrebujete pomoč oskrbovalca družinskega člana:**

---

---

**3. Izpolnite, če prejemate pravice, ki so primerljive s pravicami do dolgotrajne oskrbe. V spodnji tabeli označite, ali ste upravičeni do katere od navedenih pravic.**

Dodatek za pomoč in postrežbo (označite eno od možnosti v desnem stolpcu)	<input type="checkbox"/> ki ureja pokojninsko in invalidsko zavarovanje
	<input type="checkbox"/> ki ureja socialno vključevanje invalidov
	<input type="checkbox"/> ki ureja socialnovarstvene prejemke
	<input type="checkbox"/> ki ureja vojne veterane in vojne invalide
	<input type="checkbox"/> ki ureja tuje pokojnine oziroma na podlagi tujega predpisa, ki ureja dajatve, pridobljene v tujini
<input type="checkbox"/> Institucionalno varstvo (živim v domu za starejše ali v drugem socialnovarstvenem zavodu)	
<input type="checkbox"/> Pravica do osebne asistencije ali pravica do komunikacijskega dodatka	

**4. Ali ste v procesu pridobivanja oziroma uveljavljanja katere od zgoraj navedenih pravic?**

Napišite katere : \_\_\_\_\_

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

Označite priloge in dokazila, ki jih prilagate k vlogi:

- 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 6 mesecev od datuma oddaje popolne vloge).
- Izvid zdravnika specialista s področja nevrologije ali fizioterapije, da zavarovana oseba ne more uporabljati obeh rok in nog (izvid ne sme biti starejši od 6 mesecev od datuma oddaje popolne vloge).
- Odločba o priznanju pravice do delnega plačila za izgubljen dohodek v skladu z zakonom, ki ureja starševsko varstvo in družinske prejemke.
- Pooblastilo za zastopanje (lahko izpolnite tudi obrazec v prilogi).
- Kopija pravnomočnega sklepa o postavitvi vlagatelja pod skrbništvo, iz katere je razviden obseg skrbnikovih obveznosti in pravic.
- Drugo: \_\_\_\_\_

**2. DEL VLOGE – za izbiro oskrbovalca družinskega člana izpolni oseba, ki bo nudila pomoč vlagatelju**

**I. Podatki o kandidatu za oskrbovalca družinskega člana**

Ime in priimek													
EMŠO													
Naslov stalnega prebivališča oziroma naslov začasnega prebivališča, če nimate stalnega prebivališča (ulica, hišna številka, kraj, poštna številka, država)													
Naslov dejanskega prebivanja (ulica, hišna številka, kraj, poštna številka, država)													
Bančni (transakcijski) račun	<b>SI56</b>												
V primeru računa v tujini	IBAN												
	BIC/SWIFT koda												
	naziv banke												
	naslov banke												
Telefon													
Elektronski naslov*													
Država zavarovanja za dolgotrajno oskrbo (če ste za dolgotrajno oskrbo zavarovani izven Republike Slovenije in imate stalno ali začasno prebivališče v Republiki Sloveniji, kjer tudi dejansko prebivate)													
Sorodstveno razmerje z vlagateljem		<input type="checkbox"/> zakonec, zunajzakonski partner											
		<input type="checkbox"/> hči ali sin											
		<input type="checkbox"/> hči ali sin zakonca ali zunajzakonskega partnerja											
		<input type="checkbox"/> starš (oče ali mati, zakonec ali zunajzakonski partner očeta oziroma matere)											
		<input type="checkbox"/> brat ali sestra											
		<input type="checkbox"/> stari starš											
		<input type="checkbox"/> vnuk ali vnukinja											
		<input type="checkbox"/> tast / tašča (starši zakonca ali zunajzakonskega partnerja)											
		<input type="checkbox"/> zet / snaha (zakonca ali zunajzakonskega											



Naslov stalnega prebivališča oziroma naslov začasnega prebivališča, če nimate stalnega prebivališča (ulica, hišna številka, kraj, poštna številka, država)		
Naslov dejanskega prebivanja (ulica, hišna številka, kraj, poštna številka, država)		
Bančni (transakcijski) račun	<b>SI56</b>	
V primeru računa v tujini	IBAN	
	BIC/SWIFT koda	
	naziv banke	
	naslov banke	
Telefon		
Elektronski naslov*		
Država zavarovanja za dolgotrajno oskrbo (če ste za dolgotrajno oskrbo zavarovani izven Republike Slovenije in imate stalno ali začasno prebivališče v Republiki Sloveniji, kjer tudi dejansko prebivate)		
Sorodstveno razmerje z vlagateljem	<input type="checkbox"/> zakonec, zunajzakonski partner	
	<input type="checkbox"/> hči ali sin	
	<input type="checkbox"/> hči ali sin zakonca ali zunajzakonskega partnerja	
	<input type="checkbox"/> starš (oče ali mati, zakonec ali zunajzakonski partner očeta oziroma matere)	
	<input type="checkbox"/> brat ali sestra	
	<input type="checkbox"/> stari starš	
	<input type="checkbox"/> vnuk ali vnukinja	
	<input type="checkbox"/> tast / tašča (starši zakonca ali zunajzakonskega partnerja)	
	<input type="checkbox"/> zet / snaha (zakonca ali zunajzakonskega partnerja)	
	<input type="checkbox"/> očim / mačeha	
<input type="checkbox"/> pastorek / pastorka (otroci partnerja, če niso skupni)		
<input type="checkbox"/> svak / svakinja (bratje in sestre zakonca oziroma 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

### Zaposlitveni status kandidata (obkroži)

- brezposelna oseba,
- delavec v delovnem razmerju,
- samozaposlena oseba,
- družbenik ali ustanovitelj zavoda, ki je hkrati poslovodna oseba v gospodarski družbi ali zavodu,
- kmet,
- uživalec starostne ali predčasne pokojnine,
- uživalec vdovske pokojnine,
- uživalec družinske pokojnine,
- uživalec invalidske pokojnine,
- delovni invalid po zakonu, ki ureja pokojninsko in invalidsko zavarovanje, za polni delovni čas,
- delovni invalid po zakonu, ki ureja pokojninsko in invalidsko zavarovanje, za krajši delovni čas od polnega,
- invalid po drugih predpisih; če da, navedite po katerem predpisu \_\_\_\_\_,
- dijak/študent,
- drugo: \_\_\_\_\_.

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

- potrdilo o nekaznovanosti 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 izjavljava/-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: \_\_\_\_\_

Podpis kandidata za oskrbovalca družinskega člana: \_\_\_\_\_



družinskega člana v skladu s četrtem odstavkom 20. člena Zakona o dolgotrajni oskrbi (Uradni list RS, št. 84/23, 112/24 in 44/25), pridobi podatke o mojem zdravstvenem stanju iz celotne razpoložljive zdravstvene dokumentacije (zdravstvenega kartona)

in

da pooblašчам svojega zdravnika, \_\_\_\_\_ (ime in priimek, naziv zdravstvene ustanove), da zaradi uveljavljanja pravice do oskrbovalca družinskega člana posreduje invalidski komisiji I. in II. stopnje Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije celotno mojo zdravstveno dokumentacijo (zdravstveni karton), za izdelavo ocene o moji psihofizični sposobnosti za kandidata za oskrbovalca družinskega člana v skladu s četrtem odstavkom 20. člena Zakona o dolgotrajni oskrbi (Uradni list RS, št. 84/23, 112/24 in 44/25).

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis drugega kandidata za oskrbovalca družinskega člana: \_\_\_\_\_

\* Izjava ni obvezna, če ne bo podana, jo bo v okviru izdelave ocene psihofizične sposobnosti zahtevala pristojna vstopna točka na CSD.

## **VI. DATUM IN PODPIS VLAGATELJA IN KANDIDATA ZA OSKRBOVALCA DRUŽINSKEGA ČLANA**

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:

\_\_\_\_\_

Vlagatelj oziroma skrbnik, začasni skrbnik, skrbnik za posebni primer ali pooblaščenec izjavljam, da so vsi navedeni podatki v vlogi, resnični, točni in popolni, in da za svojo izjavo prevzemam vso materialno in kazensko odgovornost.

## **VII. Obvestilo o varstvu osebnih podatkov**

Upravljavca vaših osebnih podatkov je Ministrstvo za solidarno prihodnost, Dunajska cesta 21, 1000 Ljubljana (gp.msp@gov.si). Vaši osebni podatki se zbirajo in obdelujejo na podlagi zakona, ki ureja dolgotrajno oskrbo in Splošne uredbe o varstvu podatkov (EU) 2016/679 za namen odločanja o upravičenosti do pravic do dolgotrajne oskrbe, izvajanja dolgotrajne oskrbe, izplačevanja denarnega prejemka in spremljanja izpolnjevanja pogojev za upravičenost. Podatki se posredujejo Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije za izplačevanje denarnega prejemka, vstopni točki (center za socialno delo) za odločanje o pravicah ter drugim organom, če je to določeno z zakonom. Podatki se ne prenašajo v tretje države izven EU/EGP in se hranijo 10 let po prenehanju upravičenosti. Imate pravico do dostopa, popravka, omejitve obdelave in ugovora o obdelavi ter pravico vložiti pritožbo pri Informacijskem pooblaščenca RS (www.ip-rs.si). Posredovanje podatkov je obvezno za obravnavo vloge.



## NAVODILA ZA IZPOLNJEVANJE 1. DELA VLOGE

Vloga za uveljavljanje pravice do oskrbovalca družinskega člana in izbiro oskrbovalca družinskega člana mora biti izpolnjena v skladu s tem navodilom. Vloga mora biti izpolnjena v celoti, razen točk, ki jih pri posameznem vprašanju ni treba izpolniti, če je to posebej navedeno pri posameznem vprašanju.

Obvezno je potrebno navesti telefon in elektronski naslov preko katerega bo lahko vlagatelj sodeloval pri morebitni izdelavi ocene upravičenosti do dolgotrajne oskrbe na daljavo.

Na vprašanja odgovorite tako, da označite DA ali NE, prekrižate ustrezen kvadratik () oziroma vpišete podatek v za to predvideni prostor oziroma na črto.

Podatke vpisujte s tiskanimi črkami.

### 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

Vloga za uveljavljanje pravic do oskrbovalca družinskega člana in izbiro oskrbovalca družinskega člana mora biti izpolnjena v skladu s tem navodilom. Vloga mora biti izpolnjena v celoti, razen točk, ki jih pri posameznem vprašanju ni treba izpolniti, če je to posebej navedeno pri posameznem vprašanju.

### 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 vlagateljema, to obvezno navede v tem delu vloge.

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. Naloge oskrbovalca družinskega člana bom izvajal v polovičnem obsegu delovnega oziroma zavarovalnega časa .

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, 3/22 – ZDeb in 85/25). 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.

Izjava kandidata za ODČ o tem, da se dovoljuje invalidski komisiji I. in II. Stopnje Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, da v okviru priprave ocene o psihofizični sposobnosti za kandidata za oskrbovalca družinskega člana na podlagi četrtega odstavka 20. člena Zakona o dolgotrajni oskrbi, pridobi podatke o zdravstvenem stanju iz celotne razpoložljive medicinske dokumentacije (zdravstvenega kartona) ni obvezna, ker pa lahko le na ta način izvedenski organ pridobi podatke za odločanje o primernosti kandidata za ODČ, jo bo, če ne bo podana, v okviru tega obrazca, ob izdelavi ocene psihofizične sposobnosti, zahteval upravni organ t.j. vstopna točka.

### **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.