

OBRAZEC A-I
izjava invalidne osebe

REPUBLIKA SLOVENIJA
CENTER ZA SOCIALNO DELO Št. spisa (izpolni CSD): _____

**IZJAVA INVALIDNE
OSEBE**

**O IZPLAČEVANJU DODATKA ZA POMOČ IN POSTREŽBO OZIROMA
DODATKA
ZA TUJO NEGO IN POMOČ**

(Priimek in ime invalidne osebe): _____

izjavljam, da prejemam dodatek za pomoč in postrežbo / dodatek za tujo nego
in pomoč (ustrezno obkrožite) v mesečnem zneskuEUR.

Navedeni dodatek prejemam na podlagi odločbe (navesti organ, ki je izdal odločbo,
številko
odločbe in datum izdaje
odločbe).....
.....
.....

Izjavljam, da skladno z določbo tretjega odstavka 18.a člena Zakona o socialnem
varstvu dopuščam, da izplačevalec prej navedenega dodatka, do katerega sem
upravičen, vendar največ v višini zneska, določenega na podlagi prvega odstavka 18.i
člena Zakona o socialnem varstvu, v času, ko mi pomoč nudi izbrani družinski
pomočnik, izplačuje Republiki Sloveniji, ki je pristojna za financiranje pravice
družinskega pomočnika na podlagi Zakona o socialnem varstvu.

Seznanjen/a sem z določbo petega odstavka 18.1 člena Zakona o socialnem varstvu, ki
določa, da v primeru, da invalidna oseba v času, ko ji pomoč nudi družinski
pomočnik, ravna v nasprotju z določbo iz tretjega odstavka 18.a člena Zakona o
socialnem varstvu, se tako ravnanje šteje kot razlog za prenehanje opravljanja nalog
družinskega pomočnika po prvi alineji prvega odstavka 18.1 člena Zakona o socialnem
varstvu.

V/Na: _____, dne: _____

Podpis invalidne osebe: _____
(zakonitega zastopnika oz. pooblaščenca)