

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

Podatke vpisujte s tiskanimi črkami.

Pred izpolnjevanjem preberite priloženo navodilo.

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

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

- 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)	☐ skrbnik											
	☐ 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)	☐ 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)	
☐ 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	SI56												
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		☐ zakonec, zunajzakonski partner											
		☐ hči ali sin											

	☐ hči ali sin zakonca ali zunajzakonskega partnerja
	☐ starš (oče ali mati, zakonec ali zunajzakonski partner očeta oziroma matere)
	☐ brat ali sestra
	☐ stari starš
	☐ vnuk ali vnukinja
	☐ 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 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:
- _____.

Naloge oskrbovalca družinskega člana bom izvajal v polovičnem obsegu delovnega oziroma zavarovalnega časa (označi)

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

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	SI56												

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	☐ zakonec, zunajzakonski partner	
	☐ hči ali sin	
	☐ hči ali sin zakonca ali zunajzakonskega partnerja	
	☐ starš (oče ali mati, zakonec ali zunajzakonski partner očeta oziroma matere)	
	☐ brat ali sestra	
	☐ stari starš	
	☐ vnuk ali vnukinja	
	☐ 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 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 ODC izjavljava/-mo, da se bo storitev pretežno izvajala na naslovu navedenega dejanskega skupnega prebivališča:

_____.

Vlagatelj in kandidat/kandidata za ODC 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:

**IV. IZJAVA KANDIDATA ZA OSKRBOVALCA DRUŽINSKEGA ČLANA
GLEDE PRIDOBITVE PODATKOV O ZDRAVSTVENEM STANJU IZ
OSEBNEGA ZDRAVSTVENEGA KARTONA**

Podpisani

(ime in priimek)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(EMSO)

s stalnim prebivališčem na naslovu

(naslov stalnega bivanja),
kandidat/ka do oskrbovalca družinskega člana

podajam IZJAVO,*

da dovoljujem invalidski komisiji I. in II. stopnje Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, da v okviru priprave moje ocene o 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), 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 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.

**v. IZJAVA DRUGEGA KANDIDATA ZA OSKRBOVALCA
DRUŽINSKEGA ČLANA GLEDE PRIDOBITVE PODATKOV O
ZDRAVSTVENEM STANJU IZ OSEBNEGA ZDRAVSTVENEGA
KARTONA**

Podpisani

_____ (ime in priimek)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(EMŠO)

s stalnim prebivališčem na naslovu

_____ (naslov stalnega bivanja),
kandidat/ka do oskrbovalca družinskega člana

podajam IZJAVO,*

da dovoljujem invalidski komisiji I. in II. stopnje Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, da v okviru priprave moje ocene o psihofizični sposobnosti za kandidata za oskrbovalca družinskega člana v skladu s četrnim 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 četrnim 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

Upravljavec 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.

**POOBLASTILO ZA ZASTOPANJE ZA UVELJAVLJANJE PRAVICE DO
OSKRBOVALCA DRUŽINSKEGA ČLANA**

Podpisani _____
(priimek in ime pooblastitelja)

pooblaščenam

(priimek in ime pooblaščenca)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(EMŠO)

s stalnim prebivališčem na naslovu

(naslov stalnega bivanja)

da me zastopa v vseh postopkih v zvezi z uveljavljanjem pravice do oskrbovalca družinskega člana, vključno z vlaganjem vlog, prevzemanjem odločb, komuniciranjem s pristojnimi organi ter izvajanjem vseh drugih potrebnih dejanj v zvezi z uveljavljanjem te pravice.

Pooblastilo velja do preklica.

Podpis pooblastitelja: _____

Kraj in datum: _____

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 treba 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 treba 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.