

Center za socialno delo _____

Prostor za sprejemno štampiljko

VLOGA ZA UVELJAVITEV PRAVICE DO STARŠEVSKEGA DODATKA**I. PODATKI O VLOŽNIKU/CI (ustrezno obkrožite) :** mati oče druga oseba

Priimek in ime: _____ (telefonska številka)

EMŠO: _____

Stalno bivališče: _____
(ulica, hišna številka, poštna številka, kraj)Začasno bivališče: _____
(ulica, hišna številka, poštna številka, kraj)Osebni račun: _____ SI56 _____
(naziv banke) (številka osebnega računa)Zaposlen/prejemnik nadomestila za brezposelnost (obkrožite) v drugi državi članici EU/tretji državi: _____
(vpišite državo)Izjavljam, da imam predvideni datum poroda dne: _____ ter pričakujem _____ otroka/e.
(vpišite predvideni datum poroda) (št. pričakovanih otrok)**II. PODATKI O ZAKONCU, ZUNAJZAKONSKEM PARTNERJU ALI PARTNERJU REGISTRIRANE ISTOSPOLNE PARTNERSKE SKUPNOSTI:**

Priimek in ime: _____ EMŠO: _____

Zaposlen/prejemnik nadomestila za brezposelnost (obkrožite) v drugi državi članici EU/tretji državi: _____
(vpišite državo)**III. PODATKI O OTROKU ALI VEČ HKRATI ŽIVOROJENIH OTROCIH MATERE:**

Priimek in ime: _____ EMŠO: _____

Priimek in ime: _____ EMŠO: _____

IV. PODATKI O MATERI, ČE VLOŽNIK/ICA NI MATI:

Priimek in ime: _____ EMŠO: _____

V. NAČIN UVELJAVLJANJA PRAVICE DO STARŠEVSKEGA DODATKA: pravico do starševskega dodatka uveljavljam v dogovoru z drugim od staršev sam/a pravico do starševskega dodatka uveljavljam v dogovoru z drugim od staršev (izpolnite Prilogo DP-1)**VI. RAZLOGI ZA UVELJAVLJANJE PRAVICE, ČE JE VLAGATELJ OČE, za čas koriščenja starševskega dodatka od rojstva otroka do 77. dneva starosti otroka (ustrezno obkrožiti):** mati je umrla mati je zapustila otroka

Center za socialno delo _____

Prostor za sprejemno štampiljko

mati na podlagi mnenja zdravnika trajno ali začasno
ni sposobna za nego in varstvo otroka

UVELJAVLJAM PRAVICO DO POMOČI OB ROJSTVU OTROKA v obliki:

- enkratnega denarnega prejema

za _____ pričakovanih/rojenih otrok.

I. PODALJŠANJE STARŠEVSKEGA DODATKA UVELJAVLJAM ZARADI (ustrezno obkrožite):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> rojstva dvojčkov | <input type="checkbox"/> vzgoje in varstva treh otrok, do končanega 1. razreda OŠ, ob rojstvu otrok/a (izpolniti še podatke o otrocih) |
| <input type="checkbox"/> rojstva več hkrati živorojenih otrok | <input type="checkbox"/> vzgoje in varstva štirih ali več otrok, do končanega 1. razreda OŠ, ob rojstvu otrok/a (izpolniti še podatke o otrocih) |
| <input type="checkbox"/> rojstva nedonošenčka/ov | <input type="checkbox"/> rojstva otroka, ki potrebuje posebno nego in varstvo. |
| <input type="checkbox"/> vzgoje in varstva dveh otrok, do končanega 1. razreda OŠ, ob rojstvu otrok/a (izpolniti še podatke o otrocih) | |

Priimek in ime: _____ EMŠO: _____

Priimek in ime: _____ EMŠO: _____

Priimek in ime: _____ EMŠO: _____

Priimek in ime: _____ EMŠO: _____

Izjavljam, da ne prejemam nadomestila plače po ZSDP-1 in po drugih zakonih, ne prejemam plačila prispevkov za socialno varnost v primeru štirih ali več otrok ali delnega plačila za izgubljeni dohodek po ZSDP-1 ter izjavljam, da zakonec/zunajzakonski partner/partner registrirane istospolne skupnosti, poleg zgoraj navedenega ni upravičen do plačila prispevkov za socialno varnost zaradi dela s krajšim delovnim časom zaradi starševstva.

S podpisom jamčim za resničnost podatkov.

V _____, dne _____

(podpis matere)