

VLOGA ZA UVELJAVLJANJE PRAVIC DO DOLGOTRAJNE OSKRBE

Podatke vpisujte s tiskanimi črkami.

Pred izpolnjevanjem preberite priloženo navodilo.

Izrazi v moški spolni slovnični obliki so uporabljeni kot nevtralni za moške in ženske.

I. Podatki o osebi, ki uveljavlja pravico

1. Vlagatelj

Ime in priimek																
EMŠO	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>															
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)																
Telefon (neobvezno)																
Elektronski naslov (neobvezno)																
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)																

☐ Označite okvirček, če pravico do dolgotrajne oskrbe 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													
EMŠO													
Naslov stalnega prebivališča oziroma naslov začasnega prebivališča, če nimate stalnega prebivališča (ulica, hišna številka, kraj, poštna številka, država)													
Telefon (neobvezno)													
Elektronski naslov (neobvezno)													

Pooblaščenec mora obvezno **priložiti pooblastilo** za zastopanje ali pooblastilo za zastopanje za uveljavljanje pravic do dolgotrajne oskrbe, ki se nahaja v nadaljevanju te vloge.

3. Izpolnite, če ste skrbnik vlagatelja.

Razmerje do vlagatelja (označite eno možnost)	☐ Skrbnik (priložite odločbo o postavitvi za skrbnika)												
	☐ Začasni skrbnik ali skrbnik za posebni primer (priložite odločbo o postavitvi)												
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 (neobvezno)													
Elektronski naslov (neobvezno)													

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

Naziv in naslov organizacije	
Matična številka	
Telefon (neobvezno)	
Elektronski naslov (neobvezno)	

II. Drugi podatki o vlagatelju

1. Pravico do dolgotrajne oskrbe uveljavljam (označite eno od možnosti):

☐ Prvič

☐ Ponovno

2. Na kratko navedite, zakaj potrebujete dolgotrajno oskrbo.

3. Izpolnite, če prejemate pravice, ki so primerljive s pravicami 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: _____

5. Ali koristite pravico do oskrbovalca družinskega člana?

☐ Da

☐ Ne

6. Izpolnite, če ste na **zgornje vprašanje odgovorili pritrdilno**. Ali se strinjate, da vam s sklenitvijo osebnega načrta za koriščenje pravice do druge oblike dolgotrajne oskrbe preneha pravica do oskrbovalca družinskega člana:

☐ Da

☐ Ne

III. Priloge

Označite priloge in dokazila, ki jih prilagate vlogi:

- ☐ izvid zdravnika specialista s področja nevrologije ali fizioterapije, da zavarovana oseba ne more uporabljati 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 (lahko izpolnite tudi obrazec v prilogi),
- ☐ kopija pravnomočne odločbe o postavitvi vlagatelja pod skrbništvo, iz katere je razviden obseg skrbnikovih obveznosti in pravic.
- ☐ Drugo: _____

IV. Izjava

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.

Podpis vlagatelja, ki uveljavlja pravico do dolgotrajne oskrbe oziroma skrbnika, začasnega skrbnika, skrbnika za posebni primer ali pooblaščenca: _____

Kraj in datum: _____

POOBLASTILO ZA ZASTOPANJE ZA UVELJAVLJANJE PRAVIC DO DOLGOTRAJNE OSKRBE

Podpisani _____ pooblašcam
(priimek in ime pooblastitelja)

_____, da me zastopa v vseh
(priimek in ime pooblaščenca)

postopkih v zvezi z uveljavljanjem pravic do dolgotrajne oskrbe, vključno z vlaganjem vlog,
prevzemanjem odločb, komuniciranjem s pristojnimi organi ter izvajanjem vseh drugih
potrebnih dejanj v zvezi z uveljavljanjem teh pravic.

Pooblastilo velja do preklica.

Podpis pooblastitelja: _____

Kraj in datum: _____

NAVODILO ZA IZPOLNJEVANJE

Vloga za uveljavljanje pravic do dolgotrajne oskrbe 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. (Primer: na vprašanje številka 6 je treba odgovoriti, če je odgovor na vprašanje številka 5 pritrdilen).

Na vprašanja odgovorite tako, da **označite DA ali NE, prekrížate 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.

Na vlogo navedite, **ali pravico do dolgotrajne oskrbe uveljavljate prvič ali** zaradi spremembe okoliščin pravico uveljavljate **ponovno**.

V vlogi označite, **ali prejemate katero od navedenih pravic**.

OSTALA NAVODILA ZA IZPOLNJEVANJE VLOGE

Priloge

Vloga nima obveznih dokazil. Razen v primeru, ko vlagatelj uveljavlja pravico do DO na podlagi tretjega odstavka 12. člena je obvezna priloga izvid zdravnika specialista s področja nevrologije ali fizioterapije, da zavarovana oseba ne more uporabljati rok in nog ali 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.

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 vlagatelj 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 pravice do dolgotrajne oskrbe, zakonitega zastopnika (pooblaščenca, skrbnika, začasnega skrbnika ali skrbnika za posebni primer), vlogo podpiše ta oseba.