

prostor za prejemno številko

## VLOGA za uveljavljanje pravice do osebne asistencence

Podatke vpisujte s tiskanimi črkami.

Uporabljeni izrazi v moški spolni slovnični obliki, so uporabljeni kot nevtralni za moške in ženske.

Center za socialno delo \_\_\_\_\_

Naslov \_\_\_\_\_

### I. PODATKI O OSEBI, KI UVELJAVLJA PRAVICO DO OSEBNE ASISTENCE

#### 1. Vlagatelj:

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Priimek in ime                |  |
| EMŠO                          |  |
| Naslov stalnega prebivališča  |  |
| Naslov začasnega prebivališča |  |
| Davčna številka               |  |
| Telefon                       |  |
| Elektronski naslov            |  |

#### 2. Zakoniti zastopnik (Priloga: odločba o skrbništvu/sklep o podaljšanih roditeljskih pravicah):

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Priimek in ime                |  |
| EMŠO                          |  |
| Naslov stalnega prebivališča  |  |
| Naslov začasnega prebivališča |  |
| Telefon                       |  |
| Elektronski naslov            |  |

## II. DRUGI PODATKI O VLAGATELJU

1. Kratka navedba o potrebi po storitvah osebne asistencije pri opravljanju aktivnostih, povezanih z neodvisnim osebnim in družinskim življenjem, vključevanjem v okolje, izobraževanjem in zaposlitvijo

2. Navedite vrsto invalidnosti:

---

- Prilagam zdravstveno dokumentacijo o vrsti in stopnji invalidnosti, zdravstvenem stanju vlagatelja ter uporabi medicinsko-tehničnih pripomočkov ter drugo dokumentacijo, ki dokazuje vlagateljevo potrebo po osebni asistenci

3. Ali ste danes uporabnik osebne asistencije?

DA

NE

Če DA, dopišite pri katerem izvajalcu: \_\_\_\_\_

4. Ali prejimate denarni dodatek za pomoč in postrežbo oziroma drug denarni prejemek iz naslova potrebe po tuji negi in pomoči (v nadaljnjem besedilu: denarni prejemek)?

DA

NE

5. Če ste odgovorili z DA, navedite vrsto denarnega prejema in višino ter številko in datum odločbe s katero vam je bil denarni prejemek priznan in od kdaj dalje prejimate denarni prejemek:

---

Če ste na 4. vprašanje odgovorili z DA, izpolnite spodnjo izjavo:

## IZJAVA

Podpisani \_\_\_\_\_, ki uveljavljam pravico do osebne asistencе, se zavezujem, da bom polovico denarnega prejema namenil za sofinanciranje osebne asistencе izbranemu izvajalcu osebne asistencе.

Podpis osebe oz. zakonitega zastopnika

V/na \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_

## IZJAVA o zaposlitvi

Podpisani \_\_\_\_\_, ki uveljavljam pravico do osebne asistencе, izjavljam, da SEM / NISEM zaposlen.  
(Obkrožite navedbo)

- prilagam dokazilo o zaposlitvi

Podpis osebe oz. zakonitega zastopnika

V/na \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_

## IZJAVA o izobraževanju

Podpisani \_\_\_\_\_, ki uveljavljam pravico do osebne asistencе, izjavljam, da SEM / NISEM vključen v izobraževanje. (Obkrožite navedbo)

DA

NE

- prilagam dokazilo o vključenosti v izobraževanje, ki vsebuje število ur vključenosti na teden

Podpis osebe oz. zakonitega zastopnika

V/na \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_

6. Ali ste v celodnevem institucionalnem varstvu?

DA

NE

7. Ali koristite pravico do družinskega pomočnika?

DA

NE

8. Če ste na vprašanji 6 ali 7 odgovorili z DA, ali želite živeti v samostojnem ali skupnem gospodinjstvu zunaj celodnevne institucionalne obravnave oz. ne želite več uveljavljati pravice do družinskega pomočnika?

DA

NE

9. Ali ste danes uporabnik pravice do storitve pomoč družini na domu?

DA

NE

10. Če ste odgovorili z DA, navedite število ur, odobrenih iz naslova storitve pomoč družini na domu: \_\_\_\_\_

11. Ali imate pravico do vodenja, varstva in zaposlitve pod posebnimi pogoji oziroma pravice do drugih podpor pri zaposlovanju in socialnem vključevanju, ki so financirane iz javnih virov in so urejene v predpisih s področja socialnega varstva in zaposlovanja invalidov ali ste vključeni v izvajanje vzgojno-izobraževalnih programov v skladu s predpisi, ki urejajo šolsko zakonodajo?

DA

NE

12. Če ste odgovorili z DA, navedite številko Dogovora o vključenosti v te storitve, datum od kdaj ste vključeni v storitve ter število ur na teden vključenosti v storitve:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- prilagam dokazilo o vključenosti v zgoraj navedene storitve

### III. PRILOGE

- dokazilo o zaposlitvi
- dokazilo o izobraževanju
- zdravstveno dokumentacijo o vrsti in stopnji invalidnosti, zdravstvenem stanju vlagatelja ter uporabi medicinsko-tehničnih pripomočkov ter drugo dokumentacijo, ki dokazuje vlagateljevo potrebo po osebni asistenci;
- dokazilo o vrsti in stopnji invalidnosti
- odločbo o priznani pravici in višini dodatka za pomoč in postrežbo oziroma drugih denarnih prejemkov, ki jih vlagatelj prejema iz naslova potrebe po tuji negi in pomoč
- dokazila o vključenosti v programe ali storitve iz 9. člena Zakona o osebni asistenci
- odločbo o skrbništvu ali podaljšanih roditeljskih pravicah

#### **IV. IZJAVA**

**Vlagatelj vloge izjavljam:**

- **Da so vsi podatki, ki sem jih navedel v vlogi, resnični točni in popolni in da za svojo izjavo prevzemam vso materialno in kazensko odgovornost.**

**Podpis osebe oz. zakonitega zastopnika**

**V/na \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_

#### **V. SOGLASJE**

**Vlagatelj vloge soglašam, da pristojni Center za socialno delo v mojem imenu pridobi podatke iz uradnih evidenc za namen odločanja in spremljanja pravice do osebne asistence.**

**Podpis osebe oz. zakonitega zastopnika**

**V/na \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_