DOLGOTRAJNA OSKRBA

Prostor za prejemno štampiljko

# VLOGA ZA UVELJAVLJANJE PRAVIC DO DOLGOTRAJNE OSKRBE

Vloga se vloži za naslednje oblike dolgotrajne oskrbe:
**dolgotrajna oskrba na domu, dolgotrajna oskrba v instituciji** ali **denarni prejemek.**

**Podatke vpisujte s tiskanimi črkami.**
Pred izpolnjevanjem preberite priloženo navodilo.
Izrazi v moški spolni slovnični obliki so uporabljeni kot nevtralni za moške in ženske.

Priloga 1

# I. Podatki o osebi, ki uveljavlja pravico

## 1. Vlagatelj

| | |
|---|---|
| **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) | |
| **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) | |

☐ Označite okvirček, **če pravico do dolgotrajne oskrbe uveljavljate na podlagi statusa begunca ali subsidiarne zaščite** po zakonu, ki ureja mednarodno zaščito.

DOLGOTRAJNA OSKRBA

## 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**) | | | | | | | | | | | | | |
| **Telefonska številka** | | | | | | | | | | | | | |
| **Elektronski naslov** | | | | | | | | | | | | | |

Pooblaščenec mora vlogi obvezno **priložiti pooblastilo** za zastopanje, lahko v obliki obrazca, ki je v nadaljevanju te vloge.

DOLGOTRAJNA OSKRBA

## 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) | |
| **Telefonska številka** | |
| **Elektronski naslov** | |

DOLGOTRAJNA OSKRBA

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

| | |
|---|---|
| **Naziv in naslov organizacije** | |
| **Matična številka** | |
| **Telefonska številka** | |
| **Elektronski naslov** | |

## 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.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

DOLGOTRAJNA OSKRBA

**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 asistence** 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**

DOLGOTRAJNA OSKRBA

## III. Priloge

Označite priloge in dokazila, ki jih prilagate 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 fiziatrije, da zavarovana oseba ne more uporabljati 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 po Zakonu o starševskem varstvu in družinskih prejemkih.

☐ 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: _____

DOLGOTRAJNA OSKRBA

## 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: _____

## V. Obvestilo o varstvu osebnih podatkov

Upravljavec vaših osebnih podatkov je Ministrstvo za demografijo, družino in socialne zadeve, Štukljeva cesta 48, 1000 Ljubljana (gp.mddsz@gov.si). Vaši osebni podatki se zbirajo in obdelujejo na podlagi Zakona o dolgotrajni oskrbi (ZDOsk-1) 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 (ZZZS) 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 pooblaščencu RS (www.ip-rs.si). Posredovanje podatkov je obvezno za obravnavo vloge.

# POOBLASTILO ZA ZASTOPANJE ZA UVELJAVLJANJE PRAVIC DO DOLGOTRAJNE OSKRBE

**Podpisani** _____ **pooblaščam**

**(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:** _____

DOLGOTRAJNA OSKRBA

DOLGOTRAJNA OSKRBA

## 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.

Obvezno je potrebno 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 kvadratek (☐) 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

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