MINISTRSTVO ZA DELO, DRUŽINO IN SOCIALNE ZADEVE

M-3 – Mnenje o pravici do delnega plačila za izgubljeni dohodek

Zap. št.:_____ Datum: _____
(izpolni zdravniška komisija)

Št. zadeve: _____
(izpolni center za socialno delo)

MNENJE ZDRAVNIŠKE KOMISIJE O PRAVICI DO DELNEGA PLAČILA ZA IZGUBLJENI DOHODEK

Zdravniška komisija I. / II. stopnje _____
(ustrezno obkrožiti)

daje na zaprosilo *(ustrezno obkrožiti)*: a) Centra za socialno delo _____,
(ime centra za socialno delo)

b) Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve,

na podlagi Pravilnika o kriterijih za uveljavljanje pravic za otroke, ki potrebujejo posebno nego in varstvo,

mnenje o pravici do dodatka za nego otroka za otroka:

_____ EMŠO: | | | | | | | | | | | | | |
(ime in priimek otroka)

s prebivališčem _____.
(ulica, hišna številka, kraj, poštna številka)

Na podlagi *(obkrožite)*:
- predložene zdravstvene in druge dokumentacije
- socialnega poročila o družini
- dodatne zahtevane dokumentacije
- pregleda otroka

podaja zdravniška komisija naslednje mnenje *(ustrezno obkrožiti in izpolniti)*:

otrok potrebuje posebno nego in varstvo po _____
navedenega pravilnika, in meni: *(navesti člen / točko / črko pravilnika oz. številko iz seznama)*

a) da bo otroku zagotovljena primerna nega in varstvo na domu;

b) da otroku ne bo zagotovljena primerna nega in varstvo na domu.

Obrazložitev:

_____

_____

_____

_____

Člani zdravniške komisije: *Žig:*

predsednik/ca: _____

član/članica: _____

član/članica: _____

strokovni sodelavec/sodelavka: _____

Zdravniška komisija podaja mnenje v *(obkrožiti)*:

1. **prvi obravnavi**
2. **ponovni obravnavi**
3. **pritožbenem postopku**

☐ **za podajo mnenja je bil potreben pregled otroka**