

**OBRAZEC A**

vloga za uveljavljanje pravice do izbire družinskega pomočnika

REPUBLIKA SLOVENIJA

CENTER ZA SOCIALNO DELO Št. spisa (izpolni CSD): \_\_\_\_\_

**VLOGA ZA UVELJAVLJANJE  
PRAVICE DO IZBIRE DRUŽINSKEGA POMOČNIKA**

**I. PODATKI O INVALIDNI OSEBI:**

Priimek in ime: \_\_\_\_\_

EMŠO:

DŠ:

Stalno prebivališče: \_\_\_\_\_  
(ulica, hišna številka, kraj, poštna številka)

V primeru tujega državljanstva  
podatki o izdanem dovoljenju za prebivanje v RS: \_\_\_\_\_  
(izdano pri MNZ dne)

**II. PODATKI O IZBRANEM DRUŽINSKEM POMOČNIKU:**

Priimek in ime: \_\_\_\_\_

Razmerje do invalidne osebe (ustrezno obkrožite):

- a) zakonec ali zunajzakonski partner
- b) oče ali mati
- c) sin ali hči
- d) brat ali sestra
- e) stric ali teta
- f) stari oče ali stara mati
- g) pastorek ali pastorka
- h) vnuk ali vnukinja
- i) nečak ali nečakinja
- j) nisem v sorodstvenem razmerju

Stalno prebivališče: \_\_\_\_\_  
(ulica, hišna številka, kraj, poštna številka)

III. PRAVICO UVELJAVLJAM (ustrezno obkrožite),

1. ker je zame prej skrbel eden od staršev, ki je po predpisih o starševskem varstvu prejemal delno plačilo za izgubljeni dohodek, in sicer (navesti ime in priimek in kdo od staršev: oče/mati).

Pravico do delnega plačila za izgubljeni dohodek je staršu priznal Center za socialno delo \_\_\_\_\_.

2. ker sem invalid po Zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb in potrebujem pomoč za opravljanje vseh osnovnih življenjskih potreb.

Pravico invalidov po Zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb mi je priznal Center za socialno delo \_\_\_\_\_.

Dodatek za tujo nego in pomoč oziroma dodatek za pomoč in postrežbo za opravljanje vseh osnovnih življenjskih potreb mi je priznan na podlagi (ustrezno obkrožite):

- a) Zakona o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb
- b) Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju
- c) Zakona o vojnih invalidih
- d) Zakona o vojnih veteranih

3. ker imam težko motnjo v duševnem razvoju in potrebujem pomoč za opravljanje vseh osnovnih življenjskih potreb.

4. ker sem težko gibalno oviran/a in potrebujem pomoč za opravljanje vseh osnovnih življenjskih potreb.

IV. PODATKI O ZAKONITEM ZASTOPNIKU:

Priimek in ime: \_\_\_\_\_

Stalno prebivališče: \_\_\_\_\_  
(ulica, hišna številka, kraj, poštna številka)

V/Na: \_\_\_\_\_, dne: \_\_\_\_\_

Podpis invalidne osebe: \_\_\_\_\_  
(zakonitega zastopnika oz. pooblaščenca)

**PRILOGE:**

- izjava invalidne osebe (obrazec A-I iz tega pravilnika),
- zahteva za določitev plačilne sposobnosti invalidne osebe in prispevka zavezancev (obrazec A-II iz tega pravilnika),
- izjava izbranega družinskega pomočnika (obrazec B iz tega pravilnika),
- mnenja pristojnih komisij - komisije za razvrščanje oziroma za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami oziroma invalidske komisije (priložiti v primeru uveljavljanja pravice na podlagi točke III.1. ali III.2, če postopek uveljavljanja pravice do izbire družinskega pomočnika teče pred drugim centrom za socialno delo, kot je tekel postopek uveljavljanja pravic za otroka, ki po predpisih o starševskem varstvu in družinskih prejemkih potrebuje posebno nego in varstvo, oziroma postopek uveljavljanja pravic po predpisih o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb),
- zdravstvena in druga dokumentacija, s katero se dokazuje, da pri invalidni osebi obstaja težka motnja v duševnem razvoju oziroma težka gibalna oviranost in da zato potrebuje pomoč pri opravljanju vseh osnovnih življenjskih potreb (priložiti v primeru uveljavljanja pravice na podlagi točke III.3 ali III.4 navesti katera):
- 
- 
-