

OBRAZEC A-I
izjava invalidne osebe

REPUBLIKA SLOVENIJA
CENTER ZA SOCIALNO DELO Št. spisa (izpolni CSD): _____

IZJAVA INVALIDNE OSEBE

**O IZPLAČEVANJU DODATKA ZA POMOČ IN POSTREŽBO OZIROMA DODATKA
ZA TUJO NEGO IN POMOČ**

(Priimek in ime invalidne osebe): _____

izjavljam, da prejemam dodatek za pomoč in postrežbo/ dodatek za tujo nego in pomoč
(ustrezno obkrožite) v mesečnem zneskuEUR.

Navedeni dodatek prejemam na podlagi odločbe (navesti organ, ki je izdal odločbo, številko
odločbe in datum izdaje odločbe).....
.....

Izjavljam, da skladno z določbo tretjega odstavka 18.a člena Zakona o socialnem varstvu
dopuščam, da izplačevalec prej navedenega dodatka, do katerega sem upravičen, vendar
največ v višini zneska, določenega na podlagi prvega odstavka 18.i člena zakona, v času, ko
mi pomoč nudi izbrani družinski pomočnik, izplačuje občini, ki je pristojna za financiranje
pravice družinskega pomočnika po Zakonu o socialnem varstvu.

Seznanjen/a sem z določbo petega odstavka 18.1 člena, ki določa, da v primeru, da invalidna
oseba v času, ko ji pomoč nudi družinski pomočnik, ravna v nasprotju z določbo iz tretjega
odstavka 18. a člena zakona, se tako ravnanje šteje kot razlog za prenehanje opravljanja nalog
družinskega pomočnika po prvi alineji prvega odstavka 18.1 člena zakona.

V/Na: _____, dne: _____

Podpis invalidne osebe: _____
(zakonitega zastopnika oz. pooblaščenca)

PRILOGE:

- odločba o