|  |
| --- |
| *prostor za prejemno številko* |

**VLOGA za uveljavljanje pravice do osebne asistence**

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **PODATKI O OSEBI, KI UVELJAVLJA PRAVICO DO OSEBNE ASISTENCE**
2. **Vlagatelj:**

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

1. **Zakoniti zastopnik (Priloga: odločba o skrbništvu/sklep o podaljšanih roditeljskih pravicah):**

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

1. **DRUGI PODATKI O VLAGATELJU**
2. **Kratka navedba o potrebi po storitvah osebne asistence pri opravljanju aktivnostih, povezanih z neodvisnim osebnim in družinskim življenjem, vključevanjem v okolje, izobraževanjem in zaposlitvijo**

|  |
| --- |
|  |

1. **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**

1. **Ali ste danes uporabnik osebne asistence?**

**DA NE**

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

1. **Ali prejemate 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**

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

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

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

**IZJAVA**

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

**Podpis osebe oz. zakonitega zastopnika**

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

**IZJAVA o zaposlitvi**

**Podpisani \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ki uveljavljam pravico do osebne asistence, 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 asistence, 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Ali ste v celodnevnem institucionalnem varstvu?**

**DA NE**

1. **Ali koristite pravico do družinskega pomočnika?**

**DA NE**

1. **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**

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

**DA NE**

1. **Če ste odgovorili z DA, navedite število ur, odobrenih iz naslova storitve pomoč družini na domu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **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**

1. **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**

1. **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**

1. **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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**