

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 obkrožiti):

- 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) nisem v sorodstvenem razmerju

Stalno prebivališče: _____
(ulica, hišna številka, kraj, poštna številka)

III. PRAVICO UVELJAVLJAM (ustrezno obkrožiti),

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 ZDVDTP mi je priznal Center za socialno delo _____.

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

- a) ZDVDTP
- b) ZPIZ

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 izbranega družinskega pomočnika (obrazec B 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):
 -
 -
 -

OBRAZEC B
izjava izbranega družinskega pomočnika

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

IZJAVA IZBRANEGA DRUŽINSKEGA POMOČNIKA

I. PODATKI O IZBRANEM DRUŽINSKEM POMOČNIKU:

Priimek in ime: _____

EMŠO:

DŠ:

Razmerje do invalidne osebe (ustrezno obkrožiti):

- 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) nisem v sorodstvenem razmerju

Stalno prebivališče: _____
(ulica, hišna številka, kraj, poštna številka)

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

Podatki o transakcijskem računu
(izpolniti v primeru uveljavljanja pravice do delnega plačila za izgubljeni dohodek)

Naziv banke: _____ številka računa: _____

II. IZJAVA

1. O NUDENJU POMOČI:

Izjavljam, da bom invalidni osebi (ime in priimek): _____ nudil/a pomoč, ki jo potrebuje, in da bom zapustil/a trg dela oziroma se odjavil/a iz evidence brezposelnih oseb.

2. O UVELJAVITVI PRAVICE DO DELNEGA PLAČILA ZA IZGUBLJENI DOHODEK (ustrezno obkrožiti):

2.1. Izjavljam, da želim uveljaviti pravico do delnega plačila za izgubljeni dohodek.

2.2. Izjavljam, da pravice do delnega plačila za izgubljeni dohodek ne želim uveljaviti.

V/Na: _____, dne: _____

Podpis izbranega družinskega pomočnika: _____

III. IZJAVA O NAKNADNI PREDLOŽITVI DOKAZIL:

(izpolniti, če v času uveljavljanja pravice še nimate dokazil o odpovedi pogodbe o zaposlitvi, navedenih pod PRILOGE)

Izjavljam, da bom na zahtevo centra za socialno delo predložil/a (ustrezno obkrožiti):

- a) odpoved pogodbe o zaposlitvi
- b) pogodbo o zaposlitvi s krajšim delovnim časom
- c) potrdilo o odjavi iz evidence brezposelnih

V/Na: _____, dne: _____

Podpis izbranega družinskega pomočnika:

PRILOGE:

- odpoved pogodbe o zaposlitvi,
- pogodba o zaposlitvi s krajšim delovnim časom,
- v primeru uveljavljanja pravice v drugih primerih (če ob uveljavljanju pravice do delnega plačila nimate sklenjene pogodbe o zaposlitvi in niste vpisani v evidenco brezposelnih oseb) je potrebno priložiti druga dokazila, s katerimi se dokazuje, da bi se izbrani družinski pomočnik lahko štel za brezposelno osebo po predpisih o zaposlovanju in zavarovanju za primer brezposelnosti,
- potrdilo o odjavi iz evidence brezposelnih oseb.

OBRAZEC C
mnenje komisije za priznanje pravice do izbire
družinskega pomočnika

**MINISTRSTVO ZA DELO,
DRUŽINO IN SOCIALNE ZADEVE**

KOMISIJA _____
/ime komisije/

Zap. št.: _____

Datum: _____

Št. Zadeve (št. spisa CSD): _____

**MNENJE KOMISIJE ZA PRIZNANJE
PRAVICE DO IZBIRE DRUŽINSKEGA POMOČNIKA**

Komisija (ustrezno obkrožiti) I./II. stopnje daje na zaprosilo (ustrezno obkrožiti):

a) CSD _____
(ime CSD)

b) Ministrstva za delo, družini in socialne zadeve

na podlagi Pravilnika o pogojih in postopku za uveljavljanje pravice do izbire družinskega pomočnika

mnenje o pravici do izbire družinskega pomočnika za invalidno osebo:

Priimek in ime: _____ EMŠO:

s stalnim prebivališčem: _____
(ulica, hišna številka, kraj, poštna številka)

ki je za družinskega pomočnika izbrala

Priimek in ime (družinskega pomočnika): _____

EMŠO (družinskega pomočnika):

s stalnim prebivališčem: _____
(ulica, hišna številka, kraj, poštna številka)

- Na podlagi (ustrezno obkrožiti):
- razgovora z invalidno osebo
 - predložene zdravstvene dokumentacije
 - dodatno zahtevane dokumentacije
 - pregleda invalidne osebe
 - razgovora z izbranim družinskim pomočnikom
 - druge dokumentacije (navesti katere; npr. socialno mnenja in pd.)

Komisija podaja naslednje mnenje (ustrezno obkrožiti in izpolniti):

- I.1. Vlagatelj je invalidna oseba po:
- a) drugi alineji drugega odstavka 18.a člena zakona o socialnem varstvu
 - b) tretji alineji drugega odstavka 18.a člena zakona o socialnem varstvu

Obrazložitev:

(op: mnenje ni potrebno, če gre za uveljavljanje pravice do družinskega pomočnika na podlagi prve alineje drugega odstavka 18.a člena zakona in druge alineje drugega odstavka 18.a člena zakona, kadar je invalidu s statusom po ZDVDTP (ne glede na stopnjo prizadetosti) priznan tudi dodatek za pomoč pri opravljanju vseh osnovnih življenjskih potreb).

I.2. Izbrani družinski pomočnik invalidni osebi lahko nudi potrebno pomoč.

Obrazložitev:

I.3. Izbrani družinski pomočnik invalidni osebi ne more nuditi ustrezne pomoči.

Obrazložitev:

II. Vlagatelj ni invalidna oseba po 18.a členu zakona o socialnem varstvu.

Obrazložitev:

Komisija mnenje podaja (ustrezno obkrožiti):

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

Podpisi članov komisije:

Žig:

predsednik/predsednica: _____

član/članica: _____

član/članica: _____