

## VLOŽNIK

\_\_\_\_\_

(ime in priimek)

\_\_\_\_\_

(naslov stalnega prebivališča)

\_\_\_\_\_

(EMŠO)

\_\_\_\_\_

(zakoniti zastopnik, zač. zastopnik, pooblaščenec)

\_\_\_\_\_

(naslov zastopnika, zač. zastopnika, pooblaščenca)

\_\_\_\_\_

(telefon)

REPUBLIKA SLOVENIJA  
UPRAVNA ENOTA

### ZAHTEVA ZA UVELJAVLJANJE TEHNIČNEGA PRIPOMOČKA

Šifra in naziv pripomočka:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Prilagam naslednje priloge oziroma dokazila:	Priloženo	
	DA	NE
1. Izvid: <ul style="list-style-type: none"><li>• Okulista (slepi in slabovidni)</li><li>• Otorinolaringologa (gluhi in naglušni)</li><li>• Okulista in otorinolaringologa (gluhoslepi)</li></ul>		
2. Navedba o priznanem statusu invalida oz. prejemanju denarne socialne pomoči: <ul style="list-style-type: none"><li>• imam priznan status invalida po zakonu, ki ureja družbeno varstvo duševno in telesno prizadetih oseb</li><li>• sem prejemnik denarne socialne pomoči</li></ul>	DA	NE
1. Posebna dokazila (samo v primeru, da so pogoj za uveljavljanje prilagoditve vozila) <ul style="list-style-type: none"><li>• _____</li><li>• _____</li><li>• _____</li></ul>	DA	NE

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(podpis vložnika)