|  |
| --- |
| *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:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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, vezanih na samostojno osebno in družinsko življenje, vključevanje v okolje, izobraževanje in zaposlitev**

|  |
| --- |
|  |

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:**

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

**Če ste na 3. 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**

**Podpisani \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ki uveljavljam pravico do osebne asistence, izjavljam, da:**

* **da nisem zaposlen,**
* **da se ne izobražujem oziroma**
* **prilagam dokazilo o zaposlitvi oziroma izobraževanju.**

(Obkrožite navedbo)

**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 5 ali 6 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?**

**DA NE**

1. **Če ste odgovorili z DA, navedite število ur vključenosti v te storitve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **Ali želite, da je en član strokovne komisije za podajo mnenja o številu in storitvah osebne asistence predstavnik uporabnikov po vrsti invalidnosti?**

**DA NE**

1. **PRILOGE**

* **dokazilo o zaposlitvi**
* **dokazilo o izobraževanju**

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