

VLOGA ZA UVELJAVLJANJE PRAVICE DO E-OSKRBE

Podatke vpisujte s tiskanimi črkami.

Pred izpolnjevanjem preberite priloženo navodilo.

Izrazi v moški spolni slovnični obliki so uporabljeni kot nevtralni za moške in ženske.

Vloga je namenjena osebam, ki so stare 80 let ali več in uveljavljajo pravico do e-oskrbe kot samostojno pravico na podlagi petega odstavka 33. člena Zakona o dolgotrajni oskrbi (Uradni list RS, št. 84/23 in 112/24).

Vlogi je obvezno priložiti mnenje izbranega osebnega oziroma lečečega zdravnika, patronažne medicinske sestre ali pristojnega Centra za socialno delo, ki ugotovi, da obstajajo razlogi, zaradi katerih bi zavarovana oseba potrebovala storitve e-oskrbe.

I. Podatki o osebi, ki uveljavlja pravico

1. Vlagatelj

Ime in priimek																					
EMŠO	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>																				
Naslov stalnega prebivališča oziroma naslov začasnega prebivališča, če nimate stalnega prebivališča (ulica, hišna številka, kraj, poštna številka, država)																					
Naslov dejanskega prebivanja (ulica, hišna številka, kraj, poštna številka, država)																					
Telefon (neobvezno)																					
Elektronski naslov (neobvezno)																					
Država zavarovanja za dolgotrajno oskrbo (če ste za dolgotrajno oskrbo zavarovani izven Republike Slovenije in imate stalno ali začasno prebivališče v Republiki Sloveniji, kjer tudi dejansko prebivate)																					

Označite okvirček, če pravico do dolgotrajne oskrbe uveljavljate na podlagi statusa begunca ali subsidiarne zaščite po zakonu, ki ureja mednarodno zaščito.

3. Izpolnite, če ste skrbnik vlagatelja.

Razmerje do vlagatelja (označite eno možnost)	<input type="checkbox"/> Skrbnik (priložite odločbo o postavitvi za skrbnika)											
	<input type="checkbox"/> Začasni skrbnik ali skrbnik za posebni primer (priložite odločbo o postavitvi)											
Ime in priimek												
EMŠO												
Naslov stalnega prebivališča (ulica, hišna številka, kraj, poštna številka, država)												
Naslov začasnega prebivališča (ulica, hišna številka, kraj, poštna številka, država)												
Telefon (neobvezno)												
Elektronski naslov (neobvezno)												



DOLGOTRAJNA
OSKRBA

4. Izpolnite, če je skrbnik ali pooblaščenec pravna oseba.

Naziv in naslov organizacije	
Matična številka	
Telefon (neobvezno)	
Elektronski naslov (neobvezno)	

II. Drugi podatki o vlagatelju

1. Pravico do e-oskrbe uveljavljam (označite eno od možnosti):

- Prvič
- Ponovno

2. Ali ste upravičeni do pravice do institucionalnega varstva (živite v domu za starejše ali v drugem socialnovarstvenem zavodu)?

- Da
- Ne

III. Priloge

Označite priloge in dokazila, ki jih prilagate vlogi:

- mnenje izbranega osebnega oziroma lečečega zdravnika, patronažne medicinske sestre ali pristojnega CSD, da obstajajo razlogi, zaradi katerih bi zavarovana oseba potrebovala storitve e-oskrbe,
- pooblastilo za zastopanje (lahko izpolnite tudi obrazec v prilogi),
- kopija pravnomočne odločbe o postavitvi vlagatelja pod skrbništvo, iz katere je razviden obseg skrbnikovih obveznosti in pravic.
- Drugo: _____

IV. Izjava

Vlagatelj oziroma skrbnik, začasni skrbnik, skrbnik za posebni primer ali pooblaščenec izjavljam, da so vsi navedeni podatki v vlogi, resnični, točni in popolni, in da za svojo izjavo prevzemam vso materialno in kazensko odgovornost.

Podpis vlagatelja, ki uveljavlja pravico do dolgotrajne oskrbe oziroma skrbnika, začasnega skrbnika, skrbnika za posebni primer ali pooblaščenca: _____

Kraj in datum: _____

POOBLASTILO ZA ZASTOPANJE ZA UVELJAVLJANJE PRAVICE DO E-OSKRBE

Podpisani _____ pooblašcam
(priimek in ime pooblastitelja)

_____, da me zastopa v vseh
(priimek in ime pooblaščenca)

postopkih v zvezi z uveljavljanjem pravic do e-oskrbe, vključno z vlaganjem vlog,
prevzemanjem odločb, komuniciranjem s pristojnimi organi ter izvajanjem vseh drugih
potrebnih dejanj v zvezi z uveljavljanjem te pravice.

Pooblastilo velja do preklica.

Podpis pooblastitelja: _____

Kraj in datum: _____



DOLGOTRAJNA
OSKRBA

NAVODILO ZA IZPOLNJEVANJE

Vloga za uveljavljanje pravice do e-oskrbe mora biti izpolnjena v skladu s tem navodilom. Vloga mora biti izpolnjena v celoti, razen točk, ki jih pri posameznem vprašanju ni treba izpolniti, če je to posebej navedeno pri posameznem vprašanju.

Na vprašanja odgovorite tako, da označite **DA** ali **NE**, prekrižate ustrezen kvadratik () oziroma vpišete podatek v za to predvideni prostor oziroma na črto.

Podatke vpisujte s tiskanimi črkami.

Podatki o vlagatelju: Na vlogo se navede podatke vlagatelja in njegovega skrbnika, skrbnika za posebni primer oziroma pooblaščenca, če ga oseba ima.

Na vlogo navedite, ali pravico do dolgotrajne oskrbe uveljavljate prvič ali zaradi spremembe okoliščin pravico uveljavljate ponovno.

V vlogi označite, ali prejimate katero od navedenih pravic.

OSTALA NAVODILA ZA IZPOLNJEVANJE VLOGE

Priloge

Če k vlogi prilagate dokazila, to ustrezno označite in jih priložite vlogi. K vlogi ni potrebno prilagati potrdil, izpiskov in drugih podatkov o dejstvih iz uradnih evidenc, ki jih vodijo upravni in drugi državni organi, organi samoupravnih lokalnih skupnosti ali nosilci javnih pooblastil. Organ v tem primeru ravna v skladu s 139. členom Zakona o splošnem upravnem postopku (Uradni list RS, št. 24/06 – uradno prečiščeno besedilo, 105/06 – ZUS-1, 126/07, 65/08, 8/10, 82/13, 175/20 – ZIUOPDVE in 3/22 – ZDeb). Če vlagatelj v skladu z zakonom izjavi, da prepoveduje organu, da si po uradni dolžnosti pridobi njene osebne podatke iz uradnih evidenc, oziroma da želi te podatke pridobiti sama, se vloga šteje za popolno, ko so priložena dokazila, ki jih zahteva predpis.

Podpis

Vlogo mora podpisati vlagatelj. Če ima vlagatelj, ki uveljavlja pravice do e-oskrbe, zakonitega zastopnika (pooblaščenca, skrbnika, začasnega skrbnika ali skrbnika za posebni primer), vlogo podpiše ta oseba.

MNENJE

o obstoju potrebe po storitvah e-oskrbe

Ime in priimek	
EMŠO	
Naslov stalnega prebivališča oziroma naslov začasnega prebivališča, če nimate stalnega prebivališča (ulica, hišna številka, kraj, poštna številka, država)	

Skladno s petim odstavkom 33. člena Zakona o dolgotrajni oskrbi (Uradni list RS, št. 84/23, 112/24 in 44/25) podajam mnenje, da pri zgoraj navedeni osebi obstajajo utemeljeni razlogi za potrebo po storitvah e-oskrbe.

Obrazložitev:

Ime in priimek:

(izbranega osebnega zdravnika/lečečega zdravnika/patronažne medicinske sestre/strokovnega delavca na centru za socialno delo, ki je podal mnenje)

Podpis:

(izbranega osebnega zdravnika/lečečega zdravnika/patronažne medicinske sestre/strokovnega delavca na centru za socialno delo, ki je podal mnenje)

Kraj in datum