

Priloga 1: Obrazec ZZZS-DO-1 – Vloga za uveljavljanje pravic iz dolgotrajne oskrbe

1. OSEBA, KI UVELJAVLJA PRAVICO IZ DOLGOTRAJNE OSKRBE

1.1 VLAGATELJ

Vlogo vloga (ustrezno označiti):

- zavarovana oseba
- skrbnik ali pooblaščenec zavarovane osebe
(Če vlogo vloga skrbnik ali pooblaščenec, je poleg rubrike 1.3 treba izpolniti tudi rubriko 1.2)
- center za socialno delo s privolitvijo sorodnika zavarovane osebe (ustrezno označiti):
(Če vlogo vloga centre za socialno delo, je poleg rubrike 1.4 treba izpolniti tudi rubriko 1.2)
 - zakonec, zunajzakonski partner, partner iz partnerske zveze ali neskljenjene partnerske zveze
 - otrok
 - pastorek
 - oče in mati, zakonec ali zunajzakonski partner očeta oziroma matere ter posvojitelj
 - brat in sestra
 - vnuk
 - sorodnik v svaštvu do vštetega drugega kolena
- center za socialno delo po uradni dolžnosti
(Če vlogo vloga centre za socialno delo, je poleg rubrike 1.4 treba izpolniti tudi rubriko 1.2)

1.2 ZAVAROVANA OSEBA

1. Ime in priimek: _____

2. Naslov dejanskega prebivališča:

(naselje, ulica, hišna številka) _____

(poštna številka, kraj) _____

3. Država pristojnega tujega nosilca zavarovanja (če je oseba zavarovana v drugi državi članici EU, EGP ali Švici):

4. EMŠO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Številka mobilnega telefona: _____

6. Številka stacionarnega telefona: _____

7. Elektronski naslov: _____, ki je:

- Registriran elektronski naslov

Varni elektronski predal

Drug elektronski predal

8. Bančni (transakcijski) račun:

V primeru računa v Sloveniji:

S	I	5	6																
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

V primeru računa v tujini:

- IBAN: _____
- BIC/SWIFT koda: _____
- Naziv banke: _____
- Naslov banke: _____

1.3 SKRBNIK ALI POOBLAŠČENEC ZAVAROVANE OSEBE

Razmerje med vlagateljem in zavarovano osebo (ustrezno označiti):

skrbnik pooblaščenec

Vlagatelj je (ustrezno označiti):

fizična oseba pravna oseba

1.3.1 Skrbnik ali pooblaščenec je fizična oseba:

1. Ime in priimek: _____

2. EMŠO:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Naslov za vročanje:

(naselje, ulica, hišna številka) _____

(poštna številka, kraj) _____

4. Datum rojstva (če oseba nima EMŠO): _____

5. Številka mobilnega telefona: _____

6. Številka stacionarnega telefona: _____

7. Elektronski naslov: _____, ki je:

Registriran elektronski naslov

Varni elektronski predal

Drug elektronski predal

1.3.2 Skrbnik ali pooblaščenec je pravna oseba:

1. Matična številka: _____

2. Firma: _____

3. Država (če vlogo vlaga tuja pravna oseba): _____

4. Naslov sedeža (če vlogo vlaga tuja pravna oseba): _____

5. Ime in priimek odgovorne osebe skrbnika ali kontaktne osebe pooblaščenca: _____

6. Številka mobilnega telefona: _____

7. Številka stacionarnega telefona: _____

8. Elektronski naslov: _____, ki je:

- Registriran elektronski naslov
- Varni elektronski predal
- Drug elektronski predal

1.4 CENTER ZA SOCIALNO DELO

1. Center za socialno delo: _____
2. Matična številka: _____
3. Ime in priimek kontaktne osebe: _____
4. Telefonska številka kontaktne osebe: _____
5. Elektronski naslov kontaktne osebe: _____
6. Obrazložitev razlogov za podajo vloge: _____

1.5 KONTAKTNA OSEBA V ČASU POSTOPKA

Med postopkom ZZS komunicira z (ustrezno označiti):

- Vlagateljem (zavarovano osebo, skrbnikom ali pooblaščenecem, kontaktno osebo centra za socialno delo)
- Drugo osebo: Ime in priimek: _____
Telefonska številka: _____
Elektronski naslov: _____

2. PRAVICA IZ DOLGOTRAJNE OSKRBE, KI JO ZAVAROVANA OSEBA ŽELI UVELJAVITI

2.1 Zavarovana oseba želi uveljaviti pravico iz dolgotrajne oskrbe (ustrezno označiti):

- Dolgotrajna oskrba v instituciji
- Dolgotrajna oskrba na domu
- Denarni prejemek

2.2 Zavarovana oseba uveljavlja pravico iz dolgotrajne oskrbe (ustrezno označiti):

- prvič
- ponovno
Razlog za ponovno vložitev vloge: _____

3. IZPOLNJEVANJE SPLOŠNIH POGOJEV ZA PRIDOBITEV PRAVIC IZ DOLGOTRAJNE OSKRBE

3.1 POTREBA PO DOLGOTRAJNI OSKRBI (ustrezno označiti):

- zavarovana oseba je zaradi posledic bolezni, starostne oslabelosti, poškodb, invalidnosti, pomanjkanja ali izgube intelektualnih sposobnosti trajno ali v časovnem obdobju, ki je **daljše od treh mesecev**, odvisna od pomoči druge osebe pri opravljanju osnovnih in podpornih dnevni opravil **ali**

- iz zdravstvene dokumentacije je razvidno, da je stanje napredovane bolezni pri zavarovani osebi tako, da je prognoza preživetja krajša od treh mesecev.

3.2 PREJEMANJE PRIMERLJIVIH STORITEV ALI PREJEMKOV (ustrezno označiti):

- zavarovana oseba v Republiki Sloveniji ali drugi državi prejema storitvam iz 14. člena Zakona o dolgotrajni oskrbi primerljive storitve oziroma prejemke na podlagi drugega predpisa (*navedba primerljive storitve ali prejemka*): _____ **ali**
- zavarovana oseba v Republiki Sloveniji ali drugi državi ne prejema storitvam iz 14. člena Zakona o dolgotrajni oskrbi primerljivih storitev oziroma prejemke na podlagi drugega predpisa.

4. SOGLASJA

4.1 VLAGATELJ SE STRINJAM, DA (ustrezno označiti):

- **ZZS z mano komunicira in mi dokumente vroča po pošti v fizični obliki**, in sicer na naslov za vročanje, ki ga za zavarovano osebo ZZS pridobi sam iz uradne evidence, oziroma na naslov za vročanje, ki sem ga kot skrbnik ali pooblaščenec zavarovane osebe navedel v tej vlogi, **ali**
- **ZZS z mano v vseh postopkih komunicira in mi dokumente vroča v elektronski obliki** na moj registriran elektronski naslov oziroma na v tej vlogi naveden naslov varnega elektronskega predala oziroma naslov drugega elektronskega predala ter v slednjem primeru z uporabo telefonske številke mobilnega telefona, ki sem jo navedel v tej vlogi, in sicer ne glede na to, ali elektronski naslov ustreza varnostnim in tehničnim zahtevam, ki jih mora izpolnjevati varni elektronski predal.

4.2 ZAVAROVANA OSEBA, SKRBNIK ALI POOBLAŠČENEC SE STRINJAM, DA (ustrezno označiti):

- ZZS za potrebe odločanja o pravicah iz dolgotrajne oskrbe od izvajalcev zdravstvenih storitev pridobi medicinsko dokumentacijo, potrebno za odločanje o pravicah iz dolgotrajne oskrbe.

5. S PODPISOM TE VLOGE:

- sem seznanjen, da mora vlagatelj ustrezna dokazila pridobiti in predložiti sam, če v točki 4.2 ni bilo podano soglasje za pridobivanje medicinske dokumentacije od izvajalcev zdravstvenih storitev.
- sem seznanjen, da strokovni sodelavec ZZS izdelava oceno upravičenosti do dolgotrajne oskrbe na domu zavarovane osebe, na naslovu, ki je v vlogi naveden kot dejanski kraj bivanja (podatek 2. v točki 1.2 te vloge).
- potrjujem, da so vsi podatki, ki sem jih navedel v vlogi in priloženih prilogah resnični, točni in popolni.

Datum: _____

Podpis vlagatelja: _____

6. PRILOGE (označiti priloge, ki so priložene):

- Izvid zdravnika specialista s področja nevrologije ali fizioterapije, da zavarovana oseba ne more uporabljati obeh rok in nog (izvid ne sme biti starejši od šestih mesecev od datuma oddaje popolne vloge).
- Izvid kliničnega psihologa ali zdravnika specialista s področja psihiatrije ali nevrologije, iz katerega izhaja, da je bil na preizkusu spoznavnih sposobnosti ugotovljen hud kognitivni upad (izvid ne sme biti starejši od šestih mesecev od datuma oddaje popolne vloge).
- Pooblastilo v primeru zastopanja po pooblaščenju.
- Kopija pravnomočne odločbe o postavitvi zavarovane osebe pod skrbništvo, iz katere je razviden obseg skrbnikovih obveznosti in pravic.
- Soglasje druge osebe za uporabo kontaktnih podatkov.
- Pisno obvestilo izbranega osebnega oziroma lečečega zdravnika ali patronažne medicinske sestre iz drugega odstavka 35. člena Zakona o dolgotrajni oskrbi centru za socialno delo ali pisni zaznamek centra za socialno delo o obvestilu, da je bilo v okviru zdravstvene obravnave ugotovljeno, da obstajajo razlogi, zaradi katerih bi zavarovana oseba, ki domnevno ni sposobna samostojno začeti postopka zaradi težav v duševnem zdravju ali iz drugega vzroka, ki vpliva na zmožnost razsojanja, potrebovala dolgotrajno oskrbo.

OBVESTILO: Če zavarovana oseba na napovedan datum obiska strokovnega delavca ZZS ni na naslovu, ki ga je v vlogi navedla kot kraj bivanja, in pred datumom obiska strokovnega delavca ZZS ali najpozneje v 14 dneh po datumu napovedanega obiska, ne opraviči svoje odsotnosti in ne navede opravičljivih razlogov za svojo odsotnost, ZZS vlogo za uveljavljanje upravičenosti do DO zavrže.
