



ZAHTEVA ZA PRIZNANJE

(USTREZNO OZNAČITE IN DOPOLNITE)

PRAVICE DO INVALIDNINE ZA TELESNO OKVARO

PRAVICE DO DODATKA ZA POMOČ IN POSTREŽBO

PRIŠTETE DOBE NA PODLAGI OSEBNIH OKOLIŠČIN

I. PODATKI O VLAGATELJU

ZAVAROVANEC/KA

UŽIVALEC/KA POKOJNINE:

Ime in priimek

Priimek ob rojstvu

ROJEN/A:

Datum rojstva

EMŠO:

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

Enotna matična številka občana

DAVČNA ŠTEVILKA:

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

TELEFONSKA ŠTEVILKA:

E-POŠTA:

NASLOV STALNEGA PREBIVALIŠČA:

Naselje, ulica, številka

Pošta s poštno številko

Občina

NASLOV ZAČASNEGA PREBIVALIŠČA:

Naselje, ulica, številka

Pošta s poštno številko

Občina

PRIZNANA POKOJNINA POD ŠTEVILKO:

(podatek ni obvezen)

II. PODATKI O ZAKONITEM ZASTOPNIKU ALI SKRBNIKU ALI POOBLAŠČENCU

V kolikor za zavarovanca/ko oziroma uživalca/ko pokojnine vlaga zahtevo zakoniti zastopnik/ca ali skrbnik/ca ali pooblaščenec/ka, je potrebno obvezno izpolniti naslednjo rubriko:

ZAKONITI(A) ZASTOPNIK(CA)/SKRBNIK (CA)/POOBLAŠČENEC (KA)*:

Ime in priimek

Priimek ob rojstvu

ROJEN(A):

Datum rojstva

NASLOV STALNEGA PREBIVALIŠČA: _____
Naselje, ulica, številka

Pošta s poštno številko

Občina

EMŠO:

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

Enotna matična številka

TELEFONSKA ŠTEVILKA: _____ **E-POŠTA:** _____

*priložiti je potrebno odločbo o skrbništvu ali pooblastilo za pooblaščenca

III. PODATKI O OSEBNEM RAČUNU

- Dajatev želim prejemati na isti račun, na katerega se nakazuje pokojnina.
- Dajatev želim prejemati na osebni račun pri banki _____
Naziv in naslov banke

PODATKI O OSEBNEM RAČUNU

Dajatev želim prejemati na osebni račun št.

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

pri banki _____
Ime in naslov banke

Na številko računa, odprtega v tujini:

IBAN: _____

BIC-SWIFT koda banke: _____

Naziv banke: _____

Naslov banke: _____

PODATKI O ZDRAVSTVENEM STANJU

1. Kratek opis vaših zdravstvenih težav (bolezni in/ali poškodb):

2. Katere izvide specialističnih pregledov, operacij in/ali preiskav prilagate:

(specialistični izvidi z datumi, odpustnice iz bolnišnic z datumi, datumi operacij in preiskav ipd.)

3. Pri zahtevi za priznanje pravice do dodatka za pomoč in postrežbo odgovorite še na naslednja vprašanja:

• **Ali se zavarovanec giblje samostojno ali s pomočjo medicinsko-tehničnih pripomočkov:**

- v stanovanju, hiši

DA

NE

palica , bergla , hodulja , invalidski voziček

- zunaj

DA

NE

palica , bergla , hodulja , invalidski voziček

• **Ali je zavarovanec slep?**

DA

(obvezen je izvid specialista oftalmologa)

NE

• **Ali zavarovanec zaradi psihičnih težav potrebuje stalni nadzor drugega?**

DA

(obvezen je izvid specialista psihiatra ali nevrologa)

NE

• **Ali potrebuje tudi storitve strokovne zdravstvene nege?**

DA

- zakaj _____,

- katere _____,

- kdo jih izvaja: zdravnik , patronažna medicinska sestra , priučeni svojci ,

- kolikokrat na dan / teden _____.

NE

4. Ali menite, da na vašo potrebo po pomoči in postrežbi drugega oz. telesno okvaro vplivajo posledice prometne nesreče, ki se vam je pripetila dne: _____

DA NE

OPOZORILO

Na podlagi 119. člena Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (Uradni list RS, št. 96/12 s spremembami, v nadaljevanju ZPIZ-2) je upravičenec dolžan zavodu v 8 dneh sporočiti vsako spremembo, ki vpliva na pravico ali izplačevanje, zlasti izgubo ali odjavo stalnega prebivališča v Republiki Sloveniji in na ozemlju EU oziroma EGP ter prijavo stalnega prebivališča v tujini.

OBVESTILO

Na podlagi 12. člena Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju zavod za izvajanje obveznega zavarovanja pridobiva potrebne podatke o zavarovancih in uživalcih pravic po tem zakonu iz uradnih evidenc brez njihove predhodne pisne privolitve, vključno s podatki, ki so davčna tajnost, razen v primeru, če podatkov ni možno pridobiti v Republiki Sloveniji.

S podpisom potrjujem resničnost navedb, ki jih podajam pod kazensko in odškodninsko odgovornostjo. V primeru napačnih podatkov lahko zavod zoper mene ali moje dediče uveljavlja povrnitev škode.

Datum: _____

**Podpis zavarovanca(ke)/uživalca/ke pokojnine oz.
podpis zakonitega zastopnika/skrbnika/pooblaščenca:**

Zahtevane podatke vpišite v celoti, točno in čitljivo!

PRILOGE:

- Medicinska dokumentacija (originalni izvidi oziroma reprodukcija le-teh, vendar s potrdilom izvajalca zdravstvene dejavnosti, da je reprodukcija avtentična).
- Odločba o postavitvi skrbnika ali pooblastilo v primeru, če zahtevo vlaga skrbnik ali pooblaščenec zavarovanca oziroma uživalca pokojnine.