|  |
| --- |
| *prostor za prejemno številko* |

**VLOGA za uveljavljanje pravice do komunikacijskega dodatka**

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 KOMUNIKACIJSKEGA DODATKA**
2. **Vlagatelj:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Priimek in ime** |  |
| **EMŠO** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Naslov stalnega prebivališča** |  |
| **Naslov začasnega prebivališča** |  |
| **Davčna številka** |  |
| **Številka transakcijskega računa** | SI 56 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Telefon**  |  |
| **Elektronski naslov** |  |

1. **Zakoniti zastopnik:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Priimek in ime** |  |
| **EMŠO** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Naslov stalnega prebivališča** |  |
| **Naslov začasnega prebivališča** |  |
| **Davčna številka** |  |
| **Številka transakcijskega računa** | SI 56 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Telefon**  |  |
| **Elektronski naslov** |  |

1. **DRUGI PODATKI O VLAGATELJU**

**IZJAVA**

**Podpisani \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ki uveljavljam pravico do komunikacijskega dodatka, izjavljam, da od storitev osebne asistence potrebujem pomoč pri komunikaciji in spremstvu. Sem:**

* **gluh**
* **slep**
* **gluhoslep**

(ustrezno obkrožite)

**In prilagam naslednja dokazila:**

**Podpis osebe oz. zakonitega zastopnika**

**V/na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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:**

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

1. **Pravico do komunikacijskega dodatka uveljavljam kot:**
* **PRAVICO DO DENARNEGA NADOMESTILA**
* **PRAVICO DO 30 UR OSEBNE ASISTENCE MESEČNO**

(ustrezno obkrožite)

**Če ste na 4. vprašanje odgovorili, da pravico do komunikacijskega dodatka uveljavljate kot pravico do 30 ur osebne asistence mesečno in prejemate denarni prejemek:**

**IZJAVA**

**Podpisani \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ki uveljavljam pravico do osebne asistence v obsegu 30 ur mesečno, se zavezujem, da bom polovico denarnega prejemka namenil za sofinanciranje osebne asistence izbranemu izvajalcu osebne asistence.**

**Podpis osebe oz. zakonitega zastopnika**

**V/na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Številka transakcijskega računa za nakazovanje denarnega nadomestila** (samo v primeru denarnega nadomestila):

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ odprt pri banki \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .**

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