



Zavod za samostojno življenje
Trpinčeva ulica 41c, 1000 Ljubljana
info@samostojno-zivljenje.org

VLOGA ZA IZVAJANJE PRAVICE DO OSEBNE ASISTENCE

I. PODATKI O OSEBI, KI UVELJAVLJA PRAVICO DO OSEBNE ASISTENCE

1. UPORABNIK

Ime in priimek													
EMŠO													
Naslov stalnega bivališča													
Naslov začasnega bivališča													
Telefon													
Elektronski naslov													

2. ZAKONITI ZASTOPNIK

Ime in priimek													
EMŠO													
Naslov stalnega bivališča													
Naslov začasnega bivališča													
Telefon													
Elektronski naslov													

II. DRUGI PODATKI O VLAGATELJU

1. Ali prejimate dodatek za pomoč in postrežbo oz. drug denarni prejemek iz naslova potrebe po tuji negi in pomoči?

DA NE

Če ste odgovorili z DA, navedite vrsto denarnega prejemka in višino: _____

(Potrdilo o prejemanju dodatka za pomoč in postrežbo je obvezna priloga k vlogi!)

2. Ali imate pravico do storitve pomoč družini na domu?

DA NE

Če ste odgovorili z da, navedite *število ur*, odobrenih iz naslova storitve pomoči na domu in čas izvajanja: _____



3. Ali imate pravico do vodenja, varstva in zaposlitve pod posebnimi pogoji oz. pravice do drugih podpor pri zaposlovanju in socialnem vključevanju, ki so financirane iz javnih virov in so urejene po predpisih s področja socialnega varstva in zaposlovanja invalidov?

DA

NE

Če ste odgovorili z da, navedite *število ur* vključenosti v te storitve in *čas izvajanja*:

4. Priznано št. ur osebne asistence po odločbi CSD: _____

5. Okvirne časovne potrebe izvajanja osebne asistence:

6. Prosimo, da ustrezno obkrožite, v kolikor ima uporabnik katerega od spodaj naštetih pripomočkov oz. diagnoz:

- Uporabnik ima diagnosticirano amiotrofično lateralno sklerozo (ALS),
- se hrani preko perkutane endoskopske gastrostome ali preko nazogastrične sonde,
- ima traheostomo,
- potrebuje dihalni aparat 24 ur na dan,
- komunicira neverbalno preko komunikatorja.

Dokazilo: _____

*Na podlagi Pravilnika o osebni asistenci so osebni asistenti upravičeni do dodatka za posebne obremenitve in odgovornosti, za čas, ko izvajajo storitve osebne asistence z uporabniki, ki z zdravstveno dokumentacijo izvajalcu osebne asistence izkažejo zgoraj naštetu.

III. MOREBITNE POSEBNOSTI IN OPOMBE

IV. PRILOGE

- Odločba o pravici do osebne asistence
- Vrednotnica (original)
- Mnenje strokovne komisije
- Potrdilo o prejemanju dodatka za pomoč in postrežbo oz. izjava, da oseba dodatka ne prejema
- Potrdilo o vključenosti, če je uporabnik vključen v VDC ali obiskuje šolo
- Drugo: _____



Zavod za samostojno življenje

Trpinčeva ulica 41c, 1000 Ljubljana

info@samostojno-zivljenje.org

V. IZJAVA

S podajo vloge izjavljam, da želim postati uporabnik/ca osebne asistence pri Zavodu za samostojno življenje.

Vlagatelj vloge sem seznanjen, da sem dolžan Zavodu za samostojno življenje sporočiti vse spremembe, ki vplivajo na izvajanje osebne asistence.

Vlagatelj vloge (uporabnik/zakoniti zastopnik uporabnika) se obvežem poravnati morebitne stroške izvajalcu osebne asistence Zavod za samostojno življenje v kolikor si, do podpisa izvedbenega načrta in dogovora o izvajanju osebne asistence, premislim in se odločim za drugega izvajalca.

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.

V/Na _____, dne _____ Podpis: _____

Osebnne podatke zbira, hrani, vodi in obdeluje Zavod za samostojno življenje v skladu s Splošno uredbo o varstvu osebnih podatkov (GDPR) in Zakonom o varstvu osebnih podatkov (ZVOP-2) ter drugo ustrezno zakonodajo, ki daje Zavodu za samostojno življenje pravno podlago za obdelavo osebnih podatkov.

