

Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije



OBMOČNA ENOTA

PODPISANI(A): _____ , _____ ,
IME IN PRIIMEK PRIIMEK OB ROJSTVU

ROJEN(A): _____ ,
DATUM ROJSTVA

EMŠO: _____ ,
ENOTNA MATIČNA ŠTEVILKA OBČANA

NASLOV STALNEGA PREBIVALIŠČA: _____ ,
NASELJE, ULICA, ŠTEVILKA

_____ , _____ ,
POŠTA S POŠTNO ŠTEVILKO OBČINA

NASLOV ZAČASNEGA PREBIVALIŠČA: _____ ,
NASELJE, ULICA, ŠTEVILKA

_____ , _____ ,
POŠTA S POŠTNO ŠTEVILKO OBČINA

ZAKONITI ZASTOPNIK OZ. POOBLAŠČENEC (KA): _____ ,
IME IN PRIIMEK

NASLOV STALNEGA PREBIVALIŠČA: _____ ,
NASELJE, ULICA, ŠTEVILKA

_____ , _____ ,
POŠTA S POŠTNO ŠTEVILKO OBČINA

vlagam

ZAHTEVO ZA PRIZNANJE PRAVICE DO:

(USTREZNO OZNAČITE IN DOPOLNITE)

INVALIDNINE ZA TELESNO OKVARO

DODATKA ZA POMOČ IN POSTREŽBO

PRIŠTETE DOBE NA PODLAGI OSEBNIH OKOLIŠČIN

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:** (palica , bergla , hodulja , invalidski voziček)

– v stanovanju, hiši DA NE

– zunaj DA NE

▪ **Ali je zavarovanec slep?**

– (obvezen je izvid specialista oftalmologa) DA NE

▪ **Ali zavarovanec zaradi psihične prizadetosti potrebuje stalni nadzor drugega?**

– (obvezen je izvid specialista psihiatra ali nevrologa) DA NE

▪ **Ali potrebuje tudi storitve strokovne zdravstvene nege?** DA NE

– zakaj _____
_____ ,

– katere _____
_____ ,

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

– kolikokrat na dan / teden _____ .

Telefonska številka kontaktne osebe: _____ .

Zahtevane podatke vpišite v celoti, točno in čitljivo!

Datum: _____

Podpis zavarovanca (ke) _____

(zakonitega zastopnika oz. pooblaščenca)

Opombe:

1. Medicinska dokumentacija so originalni izvidi oziroma reprodukcija le-teh, vendar s potrdilom izvajalca zdravstvene dejavnosti, da je reprodukcija avtentična.
2. Zakoniti zastopnik oz. pooblaščenec zavarovanca mora k zahtevi obvezno priložiti odločbo o postavitvi zakonitega zastopnika oz. pooblastilo.