

# 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.