



Vnos:

ŠT.IZK

Skrbnik:
(IZPOLNI ZBORNICA)

T: +386 (0)1 292 73 10

F: +386 (0)1 292 73 11

E: info@szslo.si

www.szslo.si

**PRIJAVA V EVIDENCO ZA PROGRAM USPOSABLJANJA
ZA OSKRBOVALCA DRUŽINSKEGA ČLANA**

Ime in priimek:

Naslov:

Pošta (številka in ime):

tel.: GSM:

E-pošta:

Center za socialno delo, kjer ste pridobili Odločbo za oskrbovalca družinskega člana:

.....

Letnica rojstva oskrbovalca družinskega člana:

Letnica rojstva osebe z invalidnostjo/starejše osebe:

Razmerje do osebe z invalidnostjo/starejše osebe: *(Ustrezno obkroži!)*

- a) zakonec ali zunajzakonski partner;
- b) oče ali mati;
- c) sin ali hči;
- d) brat ali sestra;
- e) stric ali teta;
- f) stari oče ali stara mama;
- g) pastorek ali pastorka;
- h) vnuk ali vnukinja;
- i) nečak ali nečakinja.

Osebi z invalidnostjo oz. starejši osebi se priznava pravica do izbire oskrbovalca družinskega člana na podlagi: *(Ustrezno označi z X!)*

- Četrte alinee 2. točke 12. člena ZDOsk-1 - ker je na podlagi izdelane ocene upravičenosti uvrščena v 4. kategorijo dolgotrajne oskrbe – **težka omejitev samostojnosti ali sposobnosti saamooskrbe**;
- Pete alinee 2. točke 12. člena ZDOsk-1 - ker je na podlagi izdelane ocene upravičenosti uvrščena v 5. kategorijo dolgotrajne oskrbe – **najtežja omejitev samostojnosti ali sposobnosti samooskrbe**.

Prijavo v evidenco za usposabljanje, podpisano izjavo na obrazcu ZVOP-ODČ in fotokopijo odločbe za oskrbovalca družinskega člana pošljite po pošti na naslov: Socialna zbornica Slovenije, Ukmarjeva ulica 2, 1000 Ljubljana.

Prosimo vas, da se programa usposabljanja zanesljivo udeležite.

Dne: Podpis prijavitelja: