

**OBVESTILO ČAKAJOČIM ZA SPREJEM V INSTITUCIONALNO VARSTVO O MOŽNOSTI VLOŽITVE  
VLOGE ZA UVELJAVLJANJE PRAVIC DO DOLGOTRAJNE OSKRBE**

Spoštovani,

kot uvrščenega na seznam čakajočih za sprejem v institucionalno varstvo po Zakonu o socialnem varstvu vas obveščamo, da lahko **od 1. novembra 2025 dalje** podate vlogo za uveljavljanje pravic do dolgotrajne oskrbe.

Vlogo, ki vam jo pošiljamo v prilogi obvestila, lahko vložite na vstopno točko na pristojnem centru za socialno delo.

Vstopna točka bo preverila izpolnjevanje pogojev za pridobitev dolgotrajne oskrbe. Svetovalec za dolgotrajno oskrbo vas bo obiskal na domu z namenom izdelave ocene upravičenosti do dolgotrajne oskrbe in priprave načrta priporočenih storitev.

Na podlagi tega boste prejeli odločbo in če bo ta pozitivna, boste lahko z izbranim izvajalcem dolgotrajne oskrbe sklenili osebni načrt za eno od oblik pravic do dolgotrajne oskrbe:

- celodnevne dolgotrajne oskrbe v instituciji (osebni načrt se sklene pri izvajalcu dolgotrajne oskrbe v instituciji),
- dnevne dolgotrajne oskrbe pri izvajalcu dolgotrajne oskrbe (osebni načrt se sklene pri izvajalcu dolgotrajne oskrbe v instituciji ali pri izvajalcu dolgotrajne oskrbe na domu, če se ta kombinira z dolgotrajno oskrbo na domu),
- dolgotrajne oskrbe na domu (osebni načrt se sklene pri izvajalcu dolgotrajne oskrbe na domu),
- oskrbovalca družinskega člana (osebni načrt se sklene pri izvajalcu dolgotrajne oskrbe na domu),
- denarnega prejemka (osebni načrt se sklene pri izvajalcu dolgotrajne oskrbe na domu).

Za več informacij glede uveljavljanja dolgotrajne oskrbe se lahko obrnete na vstopne točke za dolgotrajno oskrbo, ki so organizirane na centrih za socialno delo.

S spoštovanjem!

Matej Kajtner, Direktor

Priloga:

- Vloga za uveljavljanje pravic do dolgotrajne oskrbe

# VLOGA ZA UVELJAVLJANJE PRAVIC DO DOLGOTRAJNE OSKRBE

**Podatke vpisujte s tiskanimi črkami.**

Pred izpolnjevanjem preberite priloženo navodilo.

Izrazi v moški spolni slovnični obliki so uporabljeni kot nevtralni za moške in ženske.

## I. Podatki o osebi, ki uveljavlja pravico

### 1. Vlagatelj

|                                                                                                                                                                                                                  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Ime in priimek</b>                                                                                                                                                                                            |  |
| <b>EMŠO</b>                                                                                                                                                                                                      |  |
| <b>Naslov stalnega prebivališča</b> oziroma naslov začasnega prebivališča, če nimate stalnega prebivališča ( <b>ulica, hišna številka, kraj, poštna številka, država</b> )                                       |  |
| <b>Naslov dejanskega prebivanja</b> (ulica, hišna številka, kraj, poštna številka, država)                                                                                                                       |  |
| <b>Telefon</b> (neobvezno)                                                                                                                                                                                       |  |
| <b>Elektronski naslov</b> (neobvezno)                                                                                                                                                                            |  |
| <b>Država zavarovanja za dolgotrajno oskrbo</b> (če ste za dolgotrajno oskrbo zavarovani izven Republike Slovenije in imate stalno ali začasno prebivališče v Republiki Sloveniji, kjer tudi dejansko prebivate) |  |

Označite okvirček, če pravico do dolgotrajne oskrbe uveljavljate na podlagi statusa begunca ali subsidiarne zaščite po zakonu, ki ureja mednarodno zaščito.

**2. Izpolnite, če ste za oddajo vloge pooblastili drugo osebo.**

|                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Ime in priimek pooblaščenca</b>                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>EMŠO</b>                                                                                                                                                                   | <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Naslov stalnega prebivališča</b><br>oziroma naslov začasnega prebivališča, če nimate stalnega prebivališča ( <b>ulica, hišna številka, kraj, poštna številka, država</b> ) |                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Telefon</b> (neobvezno)                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Elektronski naslov</b> (neobvezno)                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Pooblaščenec mora obvezno **priložiti pooblastilo** za zastopanje ali pooblastilo za zastopanje za uveljavljanje pravic do dolgotrajne oskrbe, ki se nahaja v nadaljevanju te vloge.

### 3. Izpolnite, če ste skrbnik vlagatelja.

|                                                                                                  |                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Razmerje do vlagatelja</b><br>(označite eno možnost)                                          | <input type="checkbox"/> <b>Skrbnik</b> (priložite odločbo o postavitvi za skrbnika)                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                  | <input type="checkbox"/> <b>Začasni skrbnik ali skrbnik za posebni primer</b><br>(priložite odločbo o postavitvi) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Ime in priimek</b>                                                                            |                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>EMŠO</b>                                                                                      |                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Naslov stalnega prebivališča</b><br>(ulica, hišna številka, kraj,<br>poštna številka, država) |                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Naslov začasnega prebivališča</b><br>(ulica, hišna številka, kraj, poštna številka, država)   |                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Telefon</b> (neobvezno)                                                                       |                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Elektronski naslov</b><br>(neobvezno)                                                         |                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

4. Izpolnite, če je skrbnik ali pooblaščenec pravna oseba.

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <b>Naziv in naslov organizacije</b>   |  |
| <b>Matična številka</b>               |  |
| <b>Telefon</b> (neobvezno)            |  |
| <b>Elektronski naslov</b> (neobvezno) |  |

## II. Drugi podatki o vlagatelju

1. Pravico do dolgotrajne oskrbe uveljavljam (označite eno od možnosti):

- Prvič
- Ponovno

2. Na kratko navedite, zakaj potrebujete dolgotrajno oskrbo.

---

---

---

---

---

---

---

**3. Izpolnite, če prejemate pravice, ki so primerljive s pravicami dolgotrajne oskrbe.**  
V spodnji tabeli označite, ali ste upravičeni do katere od navedenih pravic.

|                                                                                                                           |                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Dodatek za pomoč in<br/>postrežbo</b><br>(označite eno od možnosti v<br>desnem stolpcu)                                | <input type="checkbox"/> ki ureja pokojninsko in invalidsko zavarovanje                                                     |
|                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> ki ureja socialno vključevanje invalidov                                                           |
|                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> ki ureja socialnovarstvene prejemke                                                                |
|                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> ki ureja vojne veterane in vojne invalide                                                          |
|                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> ki ureja tuje pokojnine oziroma na podlagi tujega predpisa, ki ureja dajatve, pridobljene v tujini |
| <input type="checkbox"/> <b>Institucionalno varstvo</b> (živim v domu za starejše ali v drugem socialnovarstvenem zavodu) |                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> <b>Pravica do osebne asistencije ali pravica do komunikacijskega dodatka</b>                     |                                                                                                                             |

**4. Ali ste v procesu pridobivanja oziroma uveljavljanja katere od zgoraj navedenih pravic? Napišite katere:** \_\_\_\_\_

**5. Ali koristite pravico do oskrbovalca družinskega člana?**

Da

Ne

**6. Izpolnite, če ste na zgornje vprašanje odgovorili pritrdilno.** Ali se strinjate, da vam s sklenitvijo osebnega načrta za koriščenje pravice do druge oblike dolgotrajne oskrbe preneha pravica do oskrbovalca družinskega člana:

Da

Ne



DOLGOTRAJNA  
OSKRBA

### III. Priloge

Označite priloge in dokazila, ki jih prilagate vlogi:

- izvid zdravnika specialista s področja nevrologije ali fizioterapije, da zavarovana oseba ne more uporabljati rok in nog (izvid ne sme biti starejši od šestih mesecev od datuma oddaje popolne vloge),
- izvid kliničnega psihologa ali zdravnika specialista s področja psihiatrije ali nevrologije, iz katerega izhaja, da je bil na preizkusu spoznavnih sposobnosti ugotovljen hud kognitivni upad (izvid ne sme biti starejši od šestih mesecev od datuma oddaje popolne vloge),
- odločba o dodeljenem statusu invalida,
- odločba o priznanju pravice do delnega plačila za izgubljen dohodek po Zakonu o starševskem varstvu in družinskih prejemkih,
- pooblastilo za zastopanje (lahko izpolnite tudi obrazec v prilogi),
- kopija pravnomočne odločbe o postavitvi vlagatelja pod skrbništvo, iz katere je razviden obseg skrbnikovih obveznosti in pravic.
- Drugo: \_\_\_\_\_

### IV. Izjava

Vlagatelj oziroma skrbnik, začasni skrbnik, skrbnik za posebni primer ali pooblaščenec izjavljam, da so vsi navedeni podatki v vlogi, resnični, točni in popolni, in da za svojo izjavo prevzemam vso materialno in kazensko odgovornost.

Podpis vlagatelja, ki uveljavlja pravico do dolgotrajne oskrbe oziroma skrbnika, začasnega skrbnika, skrbnika za posebni primer ali pooblaščenca: \_\_\_\_\_

Kraj in datum: \_\_\_\_\_

# POOBLASTILO ZA ZASTOPANJE ZA UVELJAVLJANJE PRAVIC DO DOLGOTRAJNE OSKRBE

Podpisani \_\_\_\_\_ pooblašcam  
(priimek in ime pooblastitelja)

\_\_\_\_\_, da me zastopa v vseh  
(priimek in ime pooblaščenca)

postopkih v zvezi z uveljavljanjem pravic do dolgotrajne oskrbe, vključno z vlaganjem vlog,  
prevzemanjem odločb, komuniciranjem s pristojnimi organi ter izvajanjem vseh drugih  
potrebnih dejanj v zvezi z uveljavljanjem teh pravic.

Pooblastilo velja do preklica.

Podpis pooblastitelja: \_\_\_\_\_

Kraj in datum: \_\_\_\_\_

## NAVODILO ZA IZPOLNJEVANJE

Vloga za uveljavljanje pravic do dolgotrajne oskrbe **mora biti izpolnjena v skladu s tem navodilom**. Vloga mora biti izpolnjena v **celoti**, razen točk, ki jih pri posameznem vprašanju ni treba izpolniti, če je to posebej navedeno pri posameznem vprašanju. (Primer: na vprašanje številka 6 je treba odgovoriti, če je odgovor na vprašanje številka 5 pritrdilen).

Na vprašanja odgovorite tako, da **označite DA ali NE, prekrižate ustrezen kvadratik** () oziroma **vpišete podatek** v za to predvideni prostor oziroma na črto.

Podatke vpisujte s **tiskanimi črkami**.

**Podatki o vlagatelju:** Na vlogo se navede podatke vlagatelja in njegovega skrbnika, skrbnika za posebni primer oziroma pooblaščenca, če ga oseba ima.

Na vlogo navedite, **ali pravico do dolgotrajne oskrbe uveljavljate prvič ali zaradi spremembe okoliščin pravico uveljavljate ponovno**.

V vlogi označite, **ali prejemate katero od navedenih pravic**.

## OSTALA NAVODILA ZA IZPOLNJEVANJE VLOGE

### Priloge

Vloga nima obveznih dokazil. Razen v primeru, ko vlagatelj uveljavlja pravico do DO na podlagi tretjega odstavka 12. člena je obvezna priloga izvid zdravnika specialista s področja nevrologije ali fizioterapevta, da zavarovana oseba ne more uporabljati rok in nog ali izvid kliničnega psihologa ali zdravnika specialista s področja psihiatrije ali nevrologije, iz katerega izhaja, da je bil na preizkusu spoznavnih sposobnosti ugotovljen hud kognitivni upad.

Če k vlogi prilagate dokazila, to ustrezno označite in jih priložite vlogi. K vlogi ni potrebno prilagati potrdil, izpiskov in drugih podatkov o dejstvih iz uradnih evidenc, ki jih vodijo upravni in drugi državni organi, organi samoupravnih lokalnih skupnosti ali nosilci javnih pooblastil. Organ v tem primeru ravna v skladu s 139. členom Zakona o splošnem upravnem postopku (Uradni list RS, št. 24/06 – uradno prečiščeno besedilo, 105/06 – ZUS-1, 126/07, 65/08, 8/10, 82/13, 175/20 – ZIUOPDVE in 3/22 – ZDeb). Če vlagatelj v skladu z zakonom izjavi, da prepoveduje organu, da si po uradni dolžnosti pridobi njene osebne podatke iz uradnih evidenc, oziroma da želi te podatke pridobiti sama, se vloga šteje za popolno, ko so priložena dokazila, ki jih zahteva predpis.

### Podpis

Vlogo mora podpisati vlagatelj. Če ima vlagatelj, ki uveljavlja pravice do dolgotrajne oskrbe, zakonitega zastopnika (pooblaščenca, skrbnika, začasnega skrbnika ali skrbnika za posebni primer), vlogo podpiše ta oseba.