



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 DRUŽINSKEGA POMOČNIKA**

Ime in priimek:

Naslov:

Pošta (številka in ime):

tel.: GSM:

E-pošta:

Center za socialno delo, kjer ste pridobili Odločbo za družinskega pomočnika:

.....

Letnica rojstva družinskega pomočnika: Letnica rojstva invalidne osebe:

Razmerje do invalidne 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;
- j) nisem v sorodstvenem razmerju.

Invalidni osebi se priznava pravica do izbire družinskega pomočnika na podlagi: *(Ustrezno označi z X!)*

- prve alinee 18.a čl. ZSV** - ker je zanjo že prej skrbel eden od staršev, ki je po predpisih o starševskem varstvu prejemal delno plačilo za izgubljeni dohodek;
- druge alinee 18.a čl. ZSV** - ker je invalid po Zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb in potrebuje pomoč za opravljanje vseh osnovnih življenjskih potreb;
- tretje alinee 18.a čl. ZSV** - ker je pristojna komisija ugotovila, da gre za:
 - a) osebo s težko motnjo v duševnem razvoju in težko gibalno ovirano oseb,
 - b) osebo s težko motnjo v duševnem razvoju ali
 - c) težko gibalno ovirano osebo.

Prijavo v evidenco za usposabljanje in fotokopijo odločbe za družinskega pomočnika pošljite po pošti na naslov: Socialna zbornica Slovenije, Ukmarjeva ulica 2, 1000 Ljubljana, ali po faxu na št. 01 292 73 11.

Prosimo vas, da se programa usposabljanja zanesljivo udeležite.

Dne: Podpis prijavitelja: