

Center za socialno delo _____

Številka _____

(izpolni center za socialno delo)**VLOGA ZA UVELJAVITEV PRAVICE DO DELNEGA PLAČILA ZA IZGUBLJENI DOHODEK****I. PODATKI O VLOŽNIKU/ICI (ustrezno obkrožite):** mati oče

Priimek in ime _____ (telefonska številka)

EMŠO _____

Stalno prebivališče: _____
(ulica, hišna številka, kraj, poštna številka)

Državljanstvo: _____

Osebn račun: _____ SI56 _____
(naziv banke, pri kateri ima vložnik/ica odprt osebni račun) (številka osebnega računa vložnika/ice)

Pravico do delnega plačila za izgubljeni dohodek uveljavljam z dnem: _____

II. PODATKI O OTROKU/CIH

Priimek in ime: _____ EMŠO: _____

Stalno prebivališče (vpišite samo v primeru, če ni enak naslovu vlagatelja/ice): _____
(ulica, hišna številka, kraj, poštna številka)

Priimek in ime: _____ EMŠO: _____

Stalno prebivališče (vpišite samo v primeru, če ni enak naslovu vlagatelja/ice): _____
(ulica, hišna številka, kraj, poštna številka)**III. UVELJAVLJAM DAVČNO OLAJŠAVO ZA NASLEDNJE DRUŽINSKE ČLANE:**

_____ (priimek in ime)	DŠ: _____	Leto rojstva _____	Sorodstveno razmerje* _____
_____ (priimek in ime)	DŠ: _____	Leto rojstva _____	Sorodstveno razmerje* _____
_____ (priimek in ime)	DŠ: _____	Leto rojstva _____	Sorodstveno razmerje* _____

*Sorodstveno razmerje: **A1** – otrok do 18. leta starosti; **A2** – otrok od 18. do 26. leta starosti, ki nadaljuje šolanje na srednji, višji ali visoki stopnji; **A3** – otrok po 26. letu starosti, če se vpiše na študij do 26. leta starosti, in to največ za 6 let od dneva vpisa na dodiplomski študij in največ za 4 leta od dneva vpisa na podiplomski študij; **A4** – otrok, starejši od 18. let, ki se ne izobražuje in je za delo sposoben, če je prijavljen pri službi za zaposlovanje; **A5** – otrok, ki potrebuje posebno nego in varstvo in ima pravico do dodatka za nego otroka v skladu z zakonom o starševskem varstvu in družinskih prejemkih ali pravico do dodatka za pomoč in postrežbo v skladu z zakonom o pokojninskem in invalidskem zavarovanju; **B** – za delo nezmožen otrok v skladu s predpisi o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb; **C** – zakonec ali zunajzakonski partner, ki ni zaposlen in ne opravlja dejavnosti; **D** – starši oziroma posvojitelji zavezanca; **E** – drugi član kmetijskega gospodinjstva.

Vlogi prilagam:

- fotokopijo zdravstvene dokumentacije in
- strokovno mnenje na podlagi predpisa o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami.

IV. IZJAVA**S podpisom jamčim,**

- da mi je prenehalo delovno razmerje, kot izhaja iz priložene odpovedi pogodbe o zaposlitvi, oziroma sem se izpisal/a iz registra brezposelnih oseb oziroma nisem v evidenci brezposelnih oseb,

V _____, dne _____

(podpis vložnika/ice)