



Številka:

DELOVNA ANAMNEZA / ZAVAROVANEC

1. SPLOŠNI PODATKI

Priimek, ime in rojstni priimek:

EMŠO:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Davčna številka:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Naslov stalnega prebivališča:

Naslov začasnega prebivališča:

Telefonska številka: E-pošta:

1. 1 Podatki o pooblaščenih osebah:

Ime in priimek/Naziv:

Rojen/a:

Datum rojstva

EMŠO:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefonska številka: E-pošta:

Naslov:

2. POKLIC

2. 1 Strokovna izobrazba:

2. 2 Dodatne usposobljenosti in znanja, ki ste si jih pridobili (tečajji, strokovna izobraževanja ipd):

.....
.....

2. 3 Navedite vaše delovne izkušnje (dela, ki ste jih opravljali vsaj 6 mesecev):

Naziv delovnega mesta
in zahtevana izobrazba:

Kratek opis dela:

.....	
.....	
.....	

2. 4 Ali ste bili zaposleni v tujini?☐ da ☐ ne**V kateri(h) državi(ah) ste bili zaposleni?****Ali bi želeli uveljaviti pravico do invalidske pokojnine v tujini?** ☐ da ☐ ne**2. 5 Opis delovnega mesta oz. dejavnosti, ki ga/jo opravljate ali ste ga/jo****nazadnje opravljali v Republiki Sloveniji:****(nezaposleni lahko navede delo, ki ga je opravljal 1 leto v zadnjih 2 letih)**

Naziv: Delodajalec:

Zahtevana izobrazba:

Kratek opis dela:

OPIS IN TRAJANJE OBREMENITEV	Občasno do 1/3 delovnega časa	Pogosto nad 1/3 do 2/3 delovnega časa	Stalno nad 2/3 delovnega časa
Delo v zaprtem prostoru	☐	☐	☐
Delo na prostem	☐	☐	☐
Delo na terenu	☐	☐	☐
Delo v izmenah	☐	☐	☐
Nočno delo	☐	☐	☐
Delo v dežurstvu in/ali stalni pripravljenosti	☐	☐	☐
Delo s strankami in/ali mladino	☐	☐	☐
Delo na višini oz. nad globino	☐	☐	☐
Delo za tekočim trakom	☐	☐	☐
Delo stoje	☐	☐	☐
Delo sede	☐	☐	☐
Delo s hojo	☐	☐	☐
Delo s hojo po stopnicah in/ali na opažih in/ali na lestvi	☐	☐	☐
Ročno premeščanje bremen do 5 kg	☐	☐	☐
Ročno premeščanje bremen nad 5 kg do 15 kg	☐	☐	☐
Ročno premeščanje bremen nad 15 kg	☐	☐	☐
Delo v prisilni drži hrbtenice	☐	☐	☐
Delo v globokem predklonu	☐	☐	☐
Delo čepe in/ali kleče	☐	☐	☐
Delo z rokami nad višino ramen	☐	☐	☐
Delo z električnimi stroji in/ali orodji	☐	☐	☐
Delo z motornimi vozili v prometu	☐	☐	☐
Delo s slikovnim zaslonom	☐	☐	☐
Delo v hladnem okolju	☐	☐	☐
Delo v vročem okolju	☐	☐	☐
Delo v hrupu	☐	☐	☐
Delo v prašnem okolju in/ali v dimu	☐	☐	☐
Ostalo (opišite):	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐

3. POKLICNI INTERESI IN POKLICNA REHABILITACIJA

Poklicna rehabilitacija je po Zakonu o pokojninskem in invalidskem zavarovanju proces, v katerem se zavarovanca s kratkotrajnim usposabljanjem, praktičnim delom na ustreznem delovnem mestu ali izobraževanjem na ustreznih šolah ob ali izven dela in z drugimi oblikami izobraževanja usposobi za drug poklic ali delo ali za opravljanje istega poklica ali dela, tako da se mu prilagodi delovno mesto z ustreznimi tehničnimi pripomočki.

Pravico do poklicne rehabilitacije pridobi zavarovanec, ki je uvrščen v II. kategorijo invalidnosti, ki na dan nastanka invalidnosti še ni dopolnil 55 let starosti in bo po končani poklicni rehabilitaciji lahko opravljal delo s polnim delovnim časom.

Pravico do poklicne rehabilitacije pridobi tudi zavarovanec na podlagi II. kategorije invalidnosti, če na dan nastanka invalidnosti še ni dopolnil 50 let starosti in bo po končani poklicni rehabilitaciji lahko opravljal delo s krajšim delovnim časom od polnega.

Stroške poklicne rehabilitacije (nadomestilo za čas poklicne rehabilitacije, stroške usposabljanja oz. izobraževanja ali prilagoditve delovnega mesta, potne stroške) pokriva Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije.

Izbira pravice do poklicne rehabilitacije

Zavarovancu, ki mu je podana III. kategorija ali II. kategorija invalidnosti po dopolnjenem 55. letu starosti, ki ima preostalo delovno zmožnost za delo s polnim delovnim časom oziroma za delo s krajšim delovnim časom od polnega najmanj štiri ure dnevno, se lahko namesto pravice do premestitve ali pravice do dela s krajšim delovnim časom prizna pravica do poklicne rehabilitacije, če tako zahtevo poda najkasneje na dan obravnave na invalidski komisiji I. stopnje. V tem primeru ima vse pravice na podlagi in v zvezi s poklicno rehabilitacijo.

3. 1 Ali bi vam ustrezna prilagoditev delovnega mesta olajšala delo?

Prilagoditev delovnega mesta obsega ustrezno prireditev delovnih naprav in priprav ter preureditev delovnega okolja (prilagojena oprema in orodje, dostopnost delovnega mesta...)

☐

ne

☐

da (na kratko opišite)

.....
.....

3. 2 Navedite dela, ki bi jih po vašem mnenju lahko opravljali glede na vašo strokovno izobrazbo, delovne izkušnje in dodatno usposobljenost:

.....
.....

3. 3 Kateri poklic ali delo bi želeli opravljal, če bi zato imeli ustrezno izobrazbo in zdravstveno sposobnost?

.....
.....

3. 4 Ali se izobražujete oziroma ste se že dodatno izobraževali, pa izobraževanja niste zaključili (navedite program izobraževanja in od kdaj ga obiskujete oz. ste ga obiskovali in prekinili)?

.....

3. 5 Navedite izobraževanja in usposabljanja, za katera bi bili zainteresirani:

- ☐ usposabljanja v okviru poklica, ki ga že opravljam (navedite katera)
- ☐ pridobitev višje stopnje izobrazbe s šolanjem
- ☐ tečaji (kateri).....
- ☐ drugo.....
- ☐ nisem se pripravljen dodatno izobraževati ali usposablјati.

3. 6 Ali bi namesto pravice do premestitve ali pravice do dela s krajšim delovnim časom izbrali pravico do poklicne rehabilitacije?

- ☐ ne
- ☐ da, in sicer
-

Če je vaš dogovor DA, bomo postopek predhodno dopolnili v smislu ugotavljanja smotrnosti, vrste in načina poklicne rehabilitacije.

4. VAŠE MNENJE IN PREDLOGI

4. 1 Katero pravico iz invalidskega zavarovanja pričakujete?

- | | |
|---|--|
| ☐ poklicno rehabilitacijo | ☐ premestitev na drugo delo |
| ☐ delo s krajšim delovnim časom od polnega | ☐ invalidsko upokoјitev |

4. 2 Navedite razloge za svoja pričakovanja (opišite svoje zdravstvene in druge težave, ki jih imate ali ste jih imeli pri opravljanju dela/težave pri posameznih fazah dela, delovni uspešnosti in drugo):

.....

.....

4. 3 Navedite še druga dejstva v zvezi s svojim zahtevkom oziroma h gornjim vprašanjem:

.....

.....

4. 4 Ali menite, da na vašo delovno zmožnost vplivajo posledice prometne nesreče, ki se vam je pripetila dne ? ☐ da

Datum: Podpis:.....
Podpis vlagatelja oziroma pooblaščenca, če vlogo odda pooblaščenec

PRILOGE:

- ☐ Izjava, odločba ali drugo dokazilo o pooblastilu