



ZAHTEVA ZA PRIZNANJE PRAVICE DO NADOMESTILA ZA INVALIDNOST

IME IN PRIIMEK: _____
Priimek ob rojstvu

ROJEN/A: _____
Datum rojstva

EMŠO:

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

Enotna matična številka občana

DAVČNA ŠTEVILKA:

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

TELEFONSKA ŠTEVILKA: _____ **E-POŠTA:** _____

NASLOV STALNEGA PREBIVALIŠČA: _____
Naselje, ulica, številka

Pošta s pošto številko

Občina

NASLOV ZAČASNEGA PREBIVALIŠČA: _____
Naselje, ulica, številka

Pošta s pošto številko

Občina

PODATKI O POOBlašČENI OSEBI:

IME IN PRIIMEK/NAZIV: _____

ROJEN/A: _____
Datum rojstva

EMŠO:

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

Enotna matična številka občana

TELEFONSKA ŠTEVILKA: _____ **E-POŠTA:** _____

NASLOV: _____
Naselje, ulica, številka

Pošta s pošto številko

Občina

Sem invalid _____ kategorije invalidnosti s pravico do premestitve s polnim delovnim časom
na podlagi odločbe Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije,
_____ številka _____, z dne _____.

Izjavljam, da

(ustrezno označite in dopolnite)

☐ sem zaposlen/a pri _____ in da sem začel/a dne _____ delati na drugem delovnem mestu, in sicer _____.

☐ sem vključen/a v obvezno zavarovanje kot _____.

☐ mi je delovno razmerje prenehalo dne _____ zaradi _____ in sem od _____ naprej prijavljen/a pri Zavodu RS za zaposlovanje _____ in ne prejemam denarnega nadomestila za čas brezposelnosti.

Hkrati izjavljam, da

(ustrezno označite in dopolnite)

☐ sem/☐ nisem vpisan v poslovni register kot samostojni podjetnik posameznik oziroma v drug register za opravljanje samostojne dejavnosti.

☐ sem/☐ nisem v državi članici EU _____ vpisan v register za opravljanje samostojne dejavnosti.

☐ sem/☐ nisem družbenik gospodarske družbe oziroma ustanovitelj/ustanoviteljica zavoda, in sicer _____.

Navedite ime in sedež družbe/zavoda

in ☐ sem/☐ nisem v sodnem registru vpisan kot poslovodja te gospodarske družbe oz. zavoda.

PODATKI O OSEBNEM RAČUNU

Nadomestilo za invalidnost želim prejemati na osebni račun številka

S	I	5	6															
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

odprt pri banki _____.

Ime in naslov banke

Zavarovanec, ki še nima osebnega računa, naj ga odpre in podatke o tem sporoči zavodu, saj se pokojnine in nadomestila iz invalidskega zavarovanja, ki so priznane od 1. 1. 2020 dalje, izplačujejo zgolj negotovinsko.

OBVESTILO

Na podlagi 12. člena Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju zavod za izvajanje obveznega zavarovanja pridobiva potrebne podatke o zavarovancih in uživalcih pravic po tem zakonu iz uradnih evidenc brez njihove predhodne pisne privolitve, vključno s podatki, ki so davčna tajnost, razen v primeru, če podatkov ni možno pridobiti v Republiki Sloveniji.

Zahtevane podatke vpišite v celoti in čitljivo.

S podpisom potrjujem resničnost navedb, ki jih podajam pod kazensko in odškodninsko odgovornostjo. V primeru napačnih podatkov lahko zavod zoper mene ali moje dediče uveljavlja povrnitev škode.

Datum: _____ **Podpis:** _____
Podpis vlagatelja oziroma pooblaščenca, če vlogo odda pooblaščenec

PRILOGE:

- ☐ Dokazila o pokojninski dobi (delovna knjižica, potrdilo o zavarovalni dobi, ki se šteje s povečanjem ipd.).
- ☐ Veljavna pogodba o zaposlitvi ali dokončen sklep o prenehanju delovnega razmerja (do 31. 12. 2002) ali sporazum o razveljavitvi pogodbe o zaposlitvi oziroma dokaz o razlogih za odpoved pogodbe o zaposlitvi.
- ☐ Izjava, odločba ali drugo dokazilo o pooblastilu