



PODPISANI/A: _____, _____
IME IN PRIIMEK PRIIMEK OB ROJSTVU

ROJEN/A: _____
DATUM ROJSTVA

EMŠO: _____ **DAVČNA ŠTEVILKA:** _____
ENOTNA MATIČNA ŠTEVILKA OBČANA

TELEFONSKA ŠTEVILKA (podatek ni obvezen): _____

NASLOV STALNEGA PREBIVALIŠČA: _____
NASELJE, ULICA, ŠTEVILKA

POŠTA S POŠTNO ŠTEVILKO _____ OBČINA _____

NASLOV ZAČASNEGA PREBIVALIŠČA: _____
NASELJE, ULICA, ŠTEVILKA

POŠTA S POŠTNO ŠTEVILKO _____ OBČINA _____

vlagam

ZAHTEVO ZA PRIZNANJE PRAVICE DO NADOMESTILA ZA INVALIDNOST

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

Izjavljam, da
(USTREZNO OBKROŽITE IN DOPOLNITE)

- sem zaposlen/a pri _____ in 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 OBKROŽITE IN DOPOLNITE)

1. sem/nisem vpisan/a v poslovni register kot samostojni podjetnik posameznik oziroma v drug register za opravljanje samostojne dejavnosti.
 2. sem/nisem v državi članici EU _____ vpisan/a v register za opravljanje samostojne dejavnosti.
 3. sem/nisem družbenik/družbenica zasebne družbe oziroma ustanovitelj/ustanoviteljica zavoda, in sicer _____
(NAVEDITE IME IN SEDEŽ DRUŽBE/ZAVODA)
- in sem/nisem v sodnem registru vpisan/a kot poslovodja te zasebne družbe oz. zavoda.

PODATKI O OSEBNEM RAČUNU

Nadomestilo za invalidnost želim prejemati na osebni račun št.

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

pri banki _____
IME IN NASLOV BANKE

Zavarovanec, ki še nima osebnega računa, naj ga odpre in podatke o tem sporoči Zavodu.

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: _____

PRILOGE:

1. Dokazila o pokojninski dobi (delovna knjižica, potrdilo o zavarovalni dobi, ki se šteje s povečanjem ipd.).
2. 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.