*(izpolni izvajalec)*

**POTRDILO O SOBIVANJU**

Potrjujemo, da je zavarovana oseba\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ime in priimek starša oz. druge upravičene osebe) (EMŠO ali ZZZS številka)

v naši ustanovi sobivala[[1]](#footnote-1):

*(označi)*

□ z otrokom starosti do vključno 14 let[[2]](#footnote-2);

□ z otrokom starosti do 18 let[[3]](#footnote-3) oziroma dokler traja roditeljska pravicav primeru težje okvare ali poškodbe možganov ali hrbtenjače, pri kateri je potrebno usposabljanje za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu, ali v primeru kronične bolezni ali okvare v času usposabljanja za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu, ali v primeru zdravljenja težkega zdravstvenega stanja;

□ z osebo s posebnimi potrebami (ne glede na starost), ki potrebuje 24-urno nego in oskrbo, oziroma z osebo s statusom po zakonu, ki ureja socialno vključevanje invalidov[[4]](#footnote-4) (ali z osebo, ki ohranja status invalida po zakonu, ki je urejal družbeno varstvo duševno in telesno prizadetih oseb[[5]](#footnote-5)).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ime in priimek otroka oz. osebe, ki je hospitalizirana oz. v zdravilišču) (EMŠO ali ZZZS številka)

v obdobju od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_oz. naslednje dni:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Podpis in žig pooblaščene osebe

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kraj\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Datum\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Potrdilo se izdaja za namen uveljavljanja nadomestila plače zavarovane osebe za čas začasne zadržanosti od dela zaradi sobivanja v zdravstveni ustanovi ali v zdravilišču, in sicer ob koncu vsakega koledarskega meseca oziroma ob zaključku sobivanja.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(izpolni starš oz. drug upravičenec)*

**IZJAVA UPRAVIČENCA DO NADOMESTILA ZARADI SOBIVANJA**

Zgoraj navedena zavarovana oseba izjavljam, da:

- so vsi zgoraj navedeni podatki pravilni in verodostojni;

- da sem starš ali skrbnik / nepoklicni rejnik / zakonec oz. zunajzakonski partner starša / partner starša iz sklenjene in nesklenjene partnerske zveze / in dejansko negujem in varujem zgoraj navedeno osebo, ki je hospitalizirana oz. napotena v zdravilišče.

Podpis upravičenca

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kraj\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Datum\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Delavec predloži potrdilo delodajalcu. Samostojni zavezanec potrdilo priloži k vlogi za izplačilo nadomestila (ki jo posreduje na ZZZS), kopijo potrdila pa posreduje na FURS.**

1. Sobivanje pomeni nastanitev (prenočevanje) in prehrano pri izvajalcu, pri katerem je otrok hospitaliziran, oziroma v zdravilišču. [↑](#footnote-ref-1)
2. do 14,99 let oz. do vključno dneva pred 15. rojstnim dnevom [↑](#footnote-ref-2)
3. do 17,99 let oz. do vključno dneva pred 18. rojstnim dnevom [↑](#footnote-ref-3)
4. Zakon o socialnem vključevanju invalidov (Uradni list RS, št. 30/18) [↑](#footnote-ref-4)
5. Zakon o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb (Uradni list SRS, št. 41/83, Uradni list RS, št. 114/06 – ZUTPG, 122/07 – odl. US, 61/10 – ZSVarPre in 40/11 – ZSVarPre-A) [↑](#footnote-ref-5)