*(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 vključno 18 let[[3]](#footnote-3), ki ima status otroka s posebnimi potrebami[[4]](#footnote-4) in potrebuje 24-urno nego ter oskrbo;

□ z osebo, ki ji je z odločbo Centra za socialno delo priznan status invalida;

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

(ime in priimek otroka oz. osebe, ki je hospitalizirana) (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, 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.

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. [↑](#footnote-ref-1)
2. do 14,99 let oz. do vključno dneva pred 15. rojstnim dnevom [↑](#footnote-ref-2)
3. do 18,99 let oz. do vključno dneva pred 19. rojstnim dnevom [↑](#footnote-ref-3)
4. Otroci s posebnimi potrebami so otroci z motnjami v duševnem razvoju, slepi in slabovidni otroci oziroma otroci z okvaro vidne funkcije, gluhi in naglušni otroci, otroci z govorno-jezikovnimi motnjami, gibalno ovirani otroci, dolgotrajno bolni otroci in otroci z avtističnimi motnjami. [↑](#footnote-ref-4)