



**OBČINA POLJČANE**  
Bistriška cesta 65, 2319 Poljčane

---

**telefon:** 02 8029 220, 8029 224    **fax:** 02 8029 226    **e-mail:** obcina@poljcane.si

---

**VLOGA**  
**ZA DODELITEV OBČINSKE SOCIALNO VARSTVENE POMOČI**

**1. PODATKI O VLAGATELJU**

- ❖ Ime in priimek \_\_\_\_\_
- ❖ Stalno prebivališče \_\_\_\_\_
- ❖ Začasno prebivališče \_\_\_\_\_
- ❖ EMŠO \_\_\_\_\_
- ❖ Davčna številka \_\_\_\_\_
- ❖ Številka TRR, \_\_\_\_\_ odprtega pri \_\_\_\_\_
- ❖ Status (obkroži):
  - zaposlen v RS oz. samostojni podjetnik    - zaposlen v tujini    - kmet    - brezposelna oseba
  - dijak/študent    - gospodinja    - upokojenec    - drugo \_\_\_\_\_

Vlagam vlogo za dodelitev občinske socialno varstvene pomoči, na podlagi Pravilnika o dodeljevanju socialno varstvenih pomoči v Občini Poljčane (Uradni list RS, št.....)

**2. VRSTA OBČINSKE SOCIALNO VARSTVENE POMOČI (ustrezno obkroži)**

**A. DENARNA SOCIALNA POMOČ**

1. Nakup šolskih potrebščin
2. Doplačilo šole v naravi
3. Nakup ozimnice ali kurjave
4. Doplačilo zdravstvenih storitev, ki so nujno potrebne in jih Zavod za zdravstveno zavarovanje ne pokriva,
5. Kritje drugih stroškov in izdatkov za premostitev trenutne socialne ogroženosti

**B. POMOČ PRI KRITJU POGREBNIH STROŠKOV**

### 3. PODATKI O DRUŽINSKIH ČLANIH

#### A. Zakonec oz. partner

❖ Ime in priimek \_\_\_\_\_

❖ Stalno prebivališče \_\_\_\_\_

❖ Začasno prebivališče \_\_\_\_\_

❖ EMŠO \_\_\_\_\_

❖ Davčna številka \_\_\_\_\_

❖ Status (obkroži):

- zaposlen v RS oz. samostojni podjetnik

- zaposlen v tujini

- kmet

- brezposelna oseba

- dijak/študent

- gospodinja

- upokojenec

- drugo \_\_\_\_\_

#### B. Drugi družinski člani

	Ime in priimek	Stalno prebivališče	EMŠO	Davčna številka	Sorodstveno razmerje	Status*
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

\*Status: predšolski otrok, šoloobvezen otrok, dijak, študent, zaposlen v RS, zaposlen v tujini, brezposelna oseba, kmet, gospodinja, upokojenec, drugo

Ali imate vi in vaši družinski člani prihranke (obkrožite): DA, znesek \_\_\_\_\_ NE

Ali ste vi in vaši družinski člani lastnik/solastnik nepremičnine ali drugega premoženja:

– stanovanja ali hiše v kateri živite: DA, vrednost \_\_\_\_\_ NE

– drugega stanovanja ali hiše: DA, vrednost \_\_\_\_\_ NE

– osebnega vozila: znamka \_\_\_\_\_ letnik \_\_\_\_\_ DA, vrednost: \_\_\_\_\_ NE

znamka \_\_\_\_\_ letnik \_\_\_\_\_ DA, vrednost: \_\_\_\_\_ NE

– vrednostnih papirjev in kapitalskih naložb: DA, vrednost \_\_\_\_\_ NE

**Kratka obrazložitev uveljavljanja občinske socialno varstvene pomoči:**

---

---

---

---

#### 4. IZJAVA

Vlagatelj/-ca vloge izjavljam:

- da so vsi podatki, ki sem jih navedel/-la v vlogi resnični, točni in popolni,
- da sem seznanjen-a z določbo 41. člena Zakona o socialnem varstvu, ki določa, da sem v primeru lažnega prikazovanja in zamolčanja podatkov dolžan/-na vrniti neupravičeno prejeto socialno varstveno pomoč skupaj z zamudnimi obrestmi določenimi v skladu z zakonom, ki ureja obrestno mero zamudnih obresti, od dneva neupravičeno prejete socialno varstvene pomoči.

**in za svojo izjavo prevzemam vso materialno in kazensko odgovornost.**

Centru za socialno delo Slovenska Bistrica dovoljujem, da vse podatke, navedene v vlogi, preveri pri upravljavcu zbirk osebnih podatkov.

Kraj in datum: \_\_\_\_\_

Podpis vlagatelja/-ice

\_\_\_\_\_

#### **Priloge:**

- *potrdilo o dohodkih vlagatelja in družinskih članov za zadnje tri mesece pred mesecem vložitve vloge oz. veljavna odločba CSD o denarni socialni pomoči,*
- *bančni izpisi o prometu in stanju na transakcijskem računu,*
- *potrdilo o obstoju utemeljenih okoliščin, na podlagi katerih upravičenec uveljavlja pravico do občinske socialno varstvene pomoči (zdravniški izvidi, odločbe o stopnji invalidnosti, izvid zdravniške komisije ali ZZZZS o morebitnih trajnih obolenjih, potrdilo delodajalca o času odsotnosti z dela, potrdilo o nesposobnosti za pridobitno delo, potrdilo iz matične knjige umrlih, potrdilo o šolanju otrok, računi, plačilni nalogi in drugi dokumenti s katerimi upravičenec uveljavlja pravico do dodelitve občinske socialne denarne pomoči).*
- *Potrdilo o smrti ( za uveljavljanje pravice do pomoči pri kritju pogrebnih stroškov).*

Kraj in datum \_\_\_\_\_

Podpis vlagatelja /-ice \_\_\_\_\_