**VLOGA**

**ZA UVELJAVITEV SUBVENCIJE ZA KRITJE STROŠKOV E-OSKRBE V OBČINI TRŽIČ**

|  |
| --- |
| **1. PODATKI O VLAGATELJ-U/ICI** |

 *(podatke vpišite oz. ustrezno označite)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Ime in priimek:** |       |
| **Naslov stalnega prebivališča:** | Ulica in hišna številka |      |
| Poštna številka in kraj: |       |
| **Naslov začasnega prebivališča:** | Ulica in hišna številka |  |
| Poštna številka in kraj: |  |
| **Telefonska številka:** |       |
| **E-pošta:** |  |
| **Davčna številka:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **EMŠO:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **2. IZPOLNJEVANJE POGOJEV** |

*(podatke ustrezno označite)*

|  |
| --- |
| **STAROSTNI POGOJ** |
| **Starost nad 70 let.** | [ ]  DA [ ]  NE |
| **BIVANJSKE OKOLIŠČINE** |
| **Bivam sam.** | [ ]  [ ]  DA [ ]  NE |
| **Bivam s partnerjem, ki tudi sam potrebuje pomoč v vseh življenjskih aktivnostih.** | [ ]  [ ]  DA [ ]  NE |
| **Bivam v širši družini, ki je čez dan zaradi službenih obveznosti odsotna.** | [ ]  [ ]  DA [ ]  NE |

|  |
| --- |
| **ZMOŽNOST SAMOSTOJNEGA BIVANJA NA DOMU IN POTREBE POMOČI** |
| **Imam težjo kronično bolezen.** | [ ]  [ ]  DA [ ]  NE |
| **Sem invalidna oseba.** | [ ]  [ ]  DA [ ]  NE |
| **Sem oseba s starostnimi znaki (demenca…).** | [ ]  [ ]  DA [ ]  NE |

|  |
| --- |
| **3. PODATKI O DRUŽINSKIH ČLANIH, KI ŽIVIJO Z VLAGATELJEM NA ISTEM NASLOVU** |

 *(podatke vpišite)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ime in priimek** | **EMŠO** | **Sorodstveno razmerje** | **Zaposlitveni status** |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

|  |
| --- |
| **4. OBVEZNE PRILOGE** |

**K vlogi prilagam naslednje dokumente**:

[ ]  potrdilo o stalnem prebivališču vlagatelja,

[ ]  dovoljenje za stalno prebivanje v Občini Tržič (za tujce) – fotokopija uradnega dokumenta,

[ ]  potrdilo o invalidnosti, kronični bolezni ali bolezenskem stanju vlagatelja-ice (fotokopija Odločbe ZPIZ, zdravniško potrdilo, druga zdravstvena dokumentacija ali izjava osebnega zdravnika),

[ ]  drugo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |
| --- |
| **5. IZJAVA IN POOBLASTILO** |

**Spodaj podpisani izjavljam:**

* da so vsi navedeni podatki točni, popolni in verodostojni, za kar prevzemam kazensko in materialno odgovornost;
* da sem vlogo za uveljavljanje pravice do subvencije pri kritju stroškov e-oskrbe oddal/-a le v občini Tržič;

**in hkrati pooblaščam in dajem izrecno privolitev občinski upravi, da pridobi in obdeluje moje osebne podatke ter osebne podatke mojih družinskih članov, ki so vezani na to vlogo, iz uradnih evidenc, ki jih vodijo upravni in drugi državni organi, ki so potrebni za obravnavo vloge in za odločanje o pravici do subvencije kritja stroškov e-oskrbe.**

Občina Tržič bo, kot upravljavec osebnih podatkov, te obdelovala za namen obravnave vloge. Več o obdelavi osebnih podatkov si lahko preberete na uradni spletni strani Občine Tržič [*https://www.trzic.si/gdpr.html*](https://www.trzic.si/gdpr.html).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| V/Na |       | dne |       |  |  |
|  |  |  |  |  | *(podpis vlagatelj- a/ice)* |

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

*(1) Upravičenci-ke do storitve E-oskrba so tisti občani-ke, ki imajo prijavljeno stalno prebivališče v Občini Tržič ter tujci-ke, ki imajo dovoljenje za stalno prebivanje v Občini Tržič in dejansko tudi prebivajo na območju občine;*

*(2) Upravičenci-ke do storitve so osebe, ki izpolnjujejo vsaj še dva spodaj navedena kriterija:*

*- so starejše od 70 let,*

*- so mlajše od 70 let in imajo ugotovljeno prvo, drugo ali tretjo stopnjo telesne okvare, skladno z izdano odločbo pristojnega organa;*

*- bivajo same ali bivajo s partnerjem, ki tudi sam potrebuje pomoč v vseh življenjskih aktivnostih ali bivajo v širši družini, ki je preko dneva zaradi svojih obveznosti odsotna;*

*- imajo težje kronične bolezni, invalidne osebe ali osebe s starostnimi znaki, ki jih navedejo sami oziroma njihovi svojci ali skrbniki (npr. znaki demence).*

*(3) Pomoč se upravičencu-ki na podlagi vloge dodeli za obdobje 24 mesecev z možnostjo podaljšanja;*

*(4) Pravica do pomoči preneha v primeru:*

*- smrti upravičenca,*

*- preselitve na naslov izven območja občine Tržič,*

*- vključitve upravičenca v institucionalno varstvo,*

*- prenehanja izvajanja storitve pri upravičencu,*

*- odstopa upravičenca ali Občine Tržič od pogodbe.*

*(5) V skladu s 13. točko 28. člena Zakona o upravnih taksah (Uradni list RS, št. 106/10 - uradno prečiščeno besedilo, 14/15 - ZUUJFO, 84/15-ZZelP-J, 32/16, 30/18-ZKZaš) je vloga oproščena plačila takse.*

|  |
| --- |
| **NAČIN VROČITVE (prosimo, izberite):**[ ]  elektronski naslov: ……………………………………………[ ]  elektronski naslov: …………………………………………… z SMS overjanjem (mobilna št.): ………………... [ ]  fizičen naslov vročanja (če je različen od stalnega prebivališča): ……………………………………………….. *Občina Tržič od 10.11.2023 omogoča elektronsko vročanje ZUP pošte tudi na navadni elektronski naslov. Dokumenti se do prevzema shranjujejo v začasnem varnem elektronskem predalu na državni platformi za centralno e-vročanje SI-CeV. Zakonska podlaga za vročanje na navadni elektronski naslov je v ZDeb (86a. člen). V primeru, da elektronski naslov / mobilna številka ni veljavna, se vam dokumente vroči po navadni pošti.* |