



**PODPISANI(A):** \_\_\_\_\_ ,  
IME IN PRIIMEK – PRIIMEK OB ROJSTVU

**ROJEN(A):** \_\_\_\_\_ ,  
DATUM ROJSTVA

**EMŠO:** \_\_\_\_\_ ,  
ENOTNA MATIČNA ŠTEVILKA OBČANA

**NASLOV STALNEGA PREBIVALIŠČA:** \_\_\_\_\_ ,  
NASELJE, ULICA, ŠTEVILKA

\_\_\_\_\_  
POŠTA S POŠTNO ŠTEVILKO OBČINA

**NASLOV ZAČASNEGA PREBIVALIŠČA:** \_\_\_\_\_ ,  
NASELJE, ULICA, ŠTEVILKA

\_\_\_\_\_  
POŠTA S POŠTNO ŠTEVILKO OBČINA

**ZAKONITI ZASTOPNIK OZ. POOBLAŠČENEC (KA):** \_\_\_\_\_ ,  
IME IN PRIIMEK

**NASLOV STALNEGA PREBIVALIŠČA:** \_\_\_\_\_ ,  
NASELJE, ULICA, ŠTEVILKA

\_\_\_\_\_  
POŠTA S POŠTNO ŠTEVILKO OBČINA

**vlagam**

**ZAHTEVO ZA PRIZNANJE PRAVICE DO:**

(USTREZNO OZNAČITE IN DOPOLNITE)

- INVALIDNINE ZA TELESNO OKVARO**
- DODATKA ZA POMOČ IN POSTREŽBO**
- PRIŠTETE DOBE NA PODLAGI OSEBNIH OKOLIŠČIN**

**1. Kratak opis vaših zdravstvenih težav (bolezni in/ali poškodb):**

---

---

---

---

---

---

