

IZJAVA UPRAVIČENCA ZA UVELJAVLJANJE ZAČASNE ZADRŽANOSTI OD DELA ZARADI SPREMSTVA DRUŽINSKEGA ČLANA

_____, rojen/a _____,
(Ime in priimek upravičenca do spremstva) (datum rojstva)

stanujoč/a _____
(naslov prebivališča)

za namen ugotavljanja upravičenosti izdaje listine »Potrdilo o upravičenosti zadržanosti od dela« (bolniški stalež-spremstvo) ki je podlaga za izplačilo nadomestila začasne zadržanosti od dela **zaradi spremstva družinskega člana:**

_____, rojenega _____
(ime in priimek družinskega člana) (datum rojstva)

Izjavljam, da sem seznanjen/a s sledečimi pravili:

1. Pravico do spremstva ima družinski član, če zdravnik ugotovi, da potrebuje spremstvo, ker zaradi zdravstvenega stanja ni sposoben sam potovati, potovati pa mora izven kraja prebivališča, ker v kraju bivanja ni ustreznega izvajalca (61.člen pravil OZZ).
2. Nadomestilo za spremstvo se izdaja na podlagi potrdila zdravstvene ustanove, kjer je bil družinski član pregledan. **Izvid** lahko nadomesti potrdilo le, če na njem **piše, da prihaja v spremstvu osebe**, ki uveljavlja pravico do nadomestila.
3. Nadomestilo za spremstvo se lahko izdaja po urah.
4. Izjavo upravičenca za uveljavljanje začasne zadržanosti je potrebno potrditi pri izbranemu osebnemu zdravniku družinskega člana, ki spremstvo potrebuje.
5. V kolikor izbrani osebni zdravnik oceni, da spremstvo ni upravičeno za ta dan ne pripada bolniški stalež – spremstvo.

(podpis upravičenca)

Izpolni izbrani osebni zdravnik osebe, ki potrebuje spremstvo(upravičenca do spremstva):

Upravičencu, ki uveljavlja začasno zadržanosti od dela zaradi spremstva družinskega člana, je do nadomestila (obkroži) UPRAVIČEN NI UPRAVIČEN

Datum: _____

Podpis in žig izbranega osebnega zdravnika