



## OBČINA ZREČE

Cesta na Roglo 13 b, 3214 Zreče  
tel.: 03 / 75 71 700; faks: 03 / 57 62 498  
e-pošta: [info@zrece.eu](mailto:info@zrece.eu) / splet: [www.zrece.eu](http://www.zrece.eu)

### RAZPISNA DOKUMENTACIJA

#### Javni razpis za subvencioniranje socialno varstvene storitve socialnega servisa oskrbe na daljavo v Občini Zreče (E-oskrba)

##### KAZALO VSEBINE:

- Povabilo k oddaji vloge na razpis
- Prijavni obrazci in izjave
- Vzorec pogodbe

#### 1. POVABILO K ODDAJI VLOGE NA RAZPIS

Na spletni strani Občine Zreče je bil dne 2. 4. 2024 objavljen javni razpis za subvencioniranje socialno varstvene storitve socialnega servisa oskrbe na daljavo v Občini Zreče (E-oskrba).

Občina Zreče vabi zainteresirane, da v skladu z navodili iz javnega razpisa in te razpisne dokumentacije oddajo svojo vlogo najkasneje do 30. 4. 2025 oziroma do porabe namenskih proračunskih sredstev.

Vloge na javni razpis morajo biti posredovane v zaprti ovojnici, označene s pripisom »**Ne odpiraj - Vloga na javni razpis E-oskrba**«. Na hrbtni strani ovojnice mora biti naveden polni naslov prijavitelja.

Vzorca pogodbe ni potrebno prilagati k vlogi.

Kontaktna oseba za podajanje informacij v zvezi s tem javnim razpisom je Polona Matevžič, tel. št. 03/75-71-712, e-pošta: [polona.matevzic@zrece.eu](mailto:polona.matevzic@zrece.eu).

Številka: 1244-0006/2024-3

Datum: 2. 4. 2024



mag. Boris Podvršnik,  
Župan

## **2. PRIJAVNI OBRAZCI IN IZJAVE**



**VLOGA ZA DODELITEV SUBVENCIJE SOCIALNO VARSTVENE STORITVE  
SOCIALNEGA SERVISA OSKRBE NA DALJAVO V OBČINI ZREČE  
(E - OSKRBA)**

## 3

### **III. Bolezensko stanje:**

- a) V skladu s predpisi s področja invalidskega in pokojninskega zavarovanja mi je priznana invalidnost.

*\*PRILOGA: Odločba o priznanju invalidnosti ali Obrazec 4*

- b) Sem zaradi nevroloških oziroma nevromišičnih obolenj ogrožen/a za padec oziroma sem zaradi kognitivnega upada pri demenci izpostavljen/a različnim neželenim dogodkom v okolju.

*\*PRILOGA: Obrazec 4*

- c) Imam zaradi posledic bolezni, starostne oslabelosti, poškodb, invalidnosti, pomanjkanja ali izgube intelektualnih sposobnosti omejeno sposobnost samooskrbe in bivam pretežni del dneva sam/a.

*\*PRILOGA: Obrazec 3 in Obrazec 4*

### **IV. Socialni položaj vlagatelja/ice:**

- a) Moj mesečni dohodek je nižji od zagotovljene pokojnine za polno delovno dobo.

DA NE

*\*PRILOGA: Izpiski pokojnine oziroma dokazilo o dohodkih za zadnje tri mesece pred mesecem oddaje vloge (bančni izpiski).*

- b) V skladu s predpisi s področja invalidskega in pokojninskega zavarovanja prejemam dodatek za pomoč in postrežbo.

DA NE

*\*PRILOGA: Dokazilo o priznanju pravice do dodatka za pomoč in postrežbo.*

»Spodaj podpisani/-a izrecno dovoljujem Občini Zreče, Cesta na Roglo 13 b, Zreče, matična št. 5883342, da moje osebne podatke ter osebne podatke mojih družinskih članov uporabi in obdeluje za namene, navedene v vlogi. Seznanjen/-a sem s pravico do dostopa do osebnih podatkov ter pravicami do popravka, izbrisa, omejitev obdelave, ugovora ter prenosljivosti podatkov, kakor jih to urejata evropska in nacionalna zakonodaja o varstvu osebnih podatkov. Več o obdelavi osebnih podatkov in politiki zasebnosti Občine Zreče si preberite na spletni strani Občine Zreče na naslovu: [www.zrece.si](http://www.zrece.si) ali na oglasni deski Občine Zreče.«

---

Datum

---

Podpis vlagatelja/ice



**OBČINA ZREČE**

Obrazec 2

---

## **SPLOŠNA IZJAVA**

---

*\*OPOMBA: Izjavo je potrebno izpolniti v celoti za prijavo z velikimi tiskanimi črkami.*

Ime in priimek:

---

Naslov:

---

### **IZJAVLJAM, da**

- sprejemam pogoje in merila, ki so navedena v javnem razpisu Občine Zreče (E-oskrba);
- sem seznanjen in se v celoti strinjam z določbami javnega razpisa, razpisne dokumentacije in vzorcem pogodbe;
- so vse navedbe v prijavi in prilogah resnične ter ustrezajo dejanskemu stanju;
- vse priložene fotokopije ustrezajo originalu;
- izrecno soglašam in dovoljujem Občini Zreče javno objavo podatkov o višini subvencije za namen poročanja in objave rezultatov javnega razpisa ter

### **DOVOLJUJEM**

- Občinski upravi Občine Zreče pridobivanje osebnih podatkov za potrebe javnega razpisa (E-oskrba) iz uradnih evidenc.

---

Datum

---

Podpis vlagatelja/ice



## OBČINA ZREČE

Obrazec 3

---

### IZJAVA SVOJCEV (BIVANJSKE OKOLIŠČINE)

---

*\*OPOMBA: Izjavo je potrebno izpolniti, če vlagatelj izpolnjuje navedeni pogoj.*

Svojec:

*Ime, priimek*

Stanujoč:

*Stalni naslov*

na istem naslovu kot vlagatelj/ica

**IZJAVLJAM,**  
(ustrezno obkrožite)

- a) da smo družinski člani zaradi dnevnih službenih obveznosti odsotni, zato vlagatelju/ici ne moremo zagotoviti ustreznega celodnevnege varovanja.
- b) da kot partner/ica vlagatelja/ice prav tako potrebujem pomoč pri življenjskih aktivnostih.

Občinski upravi Občine Zreče dovoljujem pridobivanje osebnih podatkov za potrebe javnega razpisa (E- oskrba) iz uradnih evidenc.

»Spodaj podpisani/-a izrecno dovoljujem Občini Zreče, Cesta na Roglo 13 b, Zreče, matična št. 5883342, da moje osebne podatke uporabi in obdeluje za namene, navedene v vlogi. Seznani/-a sem s pravico do dostopa do osebnih podatkov ter pravicami do popravka, izbrisa, omejitve obdelave, ugovora ter prenosljivosti podatkov, kakor jih to urejata evropska in nacionalna zakonodaja o varstvu osebnih podatkov. Več o obdelavi osebnih podatkov in politiki zasebnosti Občine Zreče si preberite na spletni strani Občine Zreče na naslovu: [www.zrece.si](http://www.zrece.si) ali na oglasni deski Občine Zreče.«

---

Datum

---

Podpis svojca oz. partnerja/ice



OBČINA ZREČE

Obrazec 4

---

**IZJAVA OSEBNEGA ZDRAVNIKA (bolezensko stanje)**

---

Za potrebe javnega razpisa o dodelitvi subvencije za socialno varstveno storitev socialnega servisa oskrbe na daljavo (E - oskrba) za občane Občine Zreče, objavljen na spletni straneh Občine Zreče, dne \_\_\_\_\_

**IZJAVLJAM, da**

pacient/ka:

\_\_\_\_\_  
(ime, priimek)

s stalnim prebivališčem na naslovu:

\_\_\_\_\_  
izpolnjuje pogoji iz kategorije »Bolezensko stanje« (III. točka Obrazca 1), in sicer:  
(ustrezno obkrožite)

- a) mu/ji je v skladu s predpisi s področja invalidskega in pokojninskega zavarovanja priznana invalidnost.
- b) je zaradi nevroloških oziroma nevro-mišičnih obolenj ogrožen/a za padec.
- c) je zaradi kognitivnega upada pri demenci izpostavljen/a različnim neželenim dogodkom v okolju.
- d) ima zaradi posledic bolezni, starostne oslabelosti, poškodb, invalidnosti, pomanjkanja ali izgube intelektualnih sposobnosti omejeno sposobnost samooskrbe.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Žig in podpis zdravnika



OBČINA ZREČE

Obrazec 5

---

**OZNAKA KUVERTE**

---

<b>Vlagatelj:</b>  Ime in priimek: _____  Naslov: _____  _____	Prispetje vloge (izpolni prejemnik):  Številka zadeve: 1224-0006/2024  Datum: _____ Ura: _____ Zap. št.: _____  Podpis: _____  žig
<b>»NE ODPIRAJ - VLOGA NA JAVNI RAZPIS E-OSKRBA«</b>	<b>Prejemnik:</b> <b>OBČINA ZREČE</b> <b>CESTA NA ROGLO 13 B</b> <b>3214 ZREČE</b>