

1000 LJUBLJANA, DALMATINOVA ULICA 4

TELEFON: 01/434 12 91

FAX: 01/431 02 65

http:// [www.sindikat-sde.si/](http://www.sindikat-sde.si/)

e-mail: [nada@sindikat-sde.si](mailto:nada@sindikat-sde.si)

**OBRAZEC E**

**V L O G A**  
**ZA DODELITEV SOLIDARNOSTNE POMOČI**  
**/ZARADI POSEBNE ZDRAVSTVENE OGROŽENOSTI IN BOLEZNI/**

Član-ica SDE Slovenije \_\_\_\_\_  
ime in priimek

rojen-a \_\_\_\_\_, davčna številka \_\_\_\_\_, davčni urad, izpostava

\_\_\_\_\_, stalno bivališče \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, telefonska številka \_\_\_\_\_

zaposlen-a v družbi/podjetju \_\_\_\_\_

član-ica sindikata od leta \_\_\_\_\_, številka članske izkaznice \_\_\_\_\_

prosim za dodelitev denarne solidarnostne pomoči (**UTEMELJITEV**): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PODATKI O DRUŽINI**

Priimek in ime ožjih družinskih članov, ki živijo v skupnem gospodinjstvu	Rojen-a	Sorodstveno razmerje
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____
7. _____	_____	_____

Datum oddaje vloge: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Podpis prosilca-ke



S svojim podpisom **DOVOLJUJEM**, da se zahtevane priložene listine uporabljajo samo za namene rešitve vloge. Pri tem dovoljujem pooblaščenim osebam, ki jo določi Odbor, da v primeru manjkajočih podatkov, LAHKO le-te pridobi pri ustrezni službi oz. ustanovi.  
S svojim podpisom potrjujem tudi točnost vseh navedenih podatkov in listin.

**PODPIS PROSILCA-KE** \_\_\_\_\_

PRILOGE:

**1. zadnje 3 (tri) plačilne liste**

Predsednik sindikata družbe/podjetja naj opozori vlagatelja, da pri oddaji vloge upošteva zadnjo plačilno listo iz meseca, ko se vloga odda.

**2. potrdila o bruto/neto prejemkih iz delovnega razmerja za zadnje tri mesece za vse zaposlene družinske člane**

**3. vsi prejemki družinskih članov**

Priložijo se tri (3) odrezki ali odločbe o odmeri pokojnine, odločbo o preživnini, odločbo o višini otroških dodatkov,, dohodki iz premoženja – npr. najemnina, delo preko študentskega servisa, .....)

**4. potrdilo o skupnem gospodinjstvu**

Potrdilo ne sme biti starejše od 1 (enega) meseca)

**5. dokazila o povečanih stroških**

Prosilec priloži račune, predračune....., ki glasijo na njegovo ime in ki jih ne krije Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Prosilec priloži originalna dokazila.

ODBOR BO PRISTOPILO K REŠEVANJU SAMO VSEH PRAVILNO IZPOLNJNIH VLOG. TO POMENI, DA MORAJO BITI VSE LISTINE **ORIGINALNE IN NE SMEJO BITI STAREJŠE OD ENEGA MESECA TER MORAJO SLUŽITI SAMO ZA NAMEN ENKRATNE SOLIDARNOSTNE POMOČI**. Originalne LISTINE, ki jih vlagatelj potrebuje, se mu bodo vrnile, ostale pa ostanejo kot priloga k vlogi za dodelitev solidarnostne pomoči v arhivu SDE Slovenije.