

P R I J A V A
na razpis za najem oskrbovanega stanovanja -
Žarova cesta 12 v Velenju

I. P O D A T K I O P R O S I L C U

Ime in priimek: _____

EMŠO: _____ Davčna številka: _____

Telefon/mobitel: _____

Elektronski naslov: _____

Naslov stalnega bivališča – ulica in hišna številka:

Kraj, poštna številka in občina:

Državljanstvo Republike Slovenije DA NE (obkroži)

Stalno bivanje v Mestni občini Velenje – datum prijave: _____

II. P O D A T K I O S O S T A N O V A L C U (opcijsko)

Ime in priimek: _____

EMŠO: _____ Davčna številka: _____

Telefon/mobitel: _____

Elektronski naslov: _____

Naslov stalnega bivališča – ulica in hišna številka:

Kraj, poštna številka in občina:

Državljanstvo Republike Slovenije DA NE (obkroži)

Stalno bivanje v Mestni občini Velenje – datum prijave: _____

III. STANOVANJSKI STATUS PROSILCA (obkroži)

- a) lastnik-ca stanovanja ali stanovanjske hiše
- b) najemnik-ca v stanovanju, ki je v lasti fizične ali pravne osebe
- c) najemnik-ca stanovanja v lasti Mestne občine Velenje
- d) najemnik-ca stanovanja v lasti Stanovanjskega sklada Republike Slovenije
- e) drugo (navedite) _____

IV. IZJAVA O PLAČILU VARŠČINE

Izjavljam, da bom pred podpisom najemne pogodbe poravnal-a varščino na račun Mestne občine Velenje, za kar bom sklenil-a z najemodajalcem posebno pogodbo.

Podpis prosilca:

.....

V. DOHODKI IN PREJEMKI GOSPODINJSTVA

(V dohodek se ne štejejo izredne denarne pomoči, varstveni dodatek, rente iz življenjskih zavarovanj, nadomestilo za invalidnost ter sredstva za nego in pomoč)

A. NETO OSEBNI DOHODEK PROSILCA V LETU 2022

Vrsta dohodka	Znesek v EUR	Obdobje	Podpis in žig odgovorne osebe izplačevalca
OSEBNI DOHODEK		od.....do.....2022	
POKOJNINA		od.....do.....2022	
INVALIDNINA za telesno okvaro		od.....do.....2022	
DRUGO (navedite)		od.....do.....2022	

A. NETO OSEBNI DOHODEK SOSTANOVALCA V LETU 2022

_____ (ime in priimek)

Vrsta dohodka	Znesek v EUR	Obdobje	Podpis in žig odgovorne osebe izplačevalca
OSEBNI DOHODEK		od.....do.....2022	
POKOJNINA		od.....do.....2022	
INVALIDNINA za telesno okvaro		od.....do.....2022	
DRUGO (navedite)		od.....do.....2022	

Datum: _____

Podpis prosilca: _____
(obvezno podpisati)

POMEMBNO: Obdelava osebnih podatkov je skladno z določili 6. člena Splošne uredbe EU o varstvu podatkov (GDPR, 2016/679) potrebna pred sklenitvijo pogodbe za izvajanje javnega razpisa za najem oskrbovanega stanovanja - Objekt na Žarovi cesti v Velenju in za izvajanje pogodbe, katere pogodbeni stranka je vlagatelj.

**IZJAVA
O DOVOLITVI PRIDOBIVANJA PODATKOV IZ EVIDENC IN ZBIRK - POOBLASTILO**

Prosilec-ka in uporabnik-ca dovoljujeva oziroma pooblašča Mestno občino Velenje, ki vodi izvedbo razpisnega postopka za oddajo oskrbovanih stanovanj v najem, pridobitev, vpogled, prepis, izpis ali kopiranje njihovih osebnih podatkov iz uradnih evidenc in zbirk osebnih podatkov pri vseh upravljavcih zbirk osebnih podatkov, ki štejejo za davčno tajnost ter občutljivih osebnih podatkov, na podlagi določb zakonov, ki urejajo varstvo osebnih podatkov, splošni upravni postopek in davčni postopek.

Velenje, dne _____

Priimek in ime prosilca:

Podpis:

Priimek in ime uporabnika:

Podpis:

SOGLASJE O JAVNI OBJAVI REZULTATOV UDELEŽENCA NA RAZPISU

Prosilec-ka na vlogi za oskrbovano stanovanje izrecno izjavljam, da soglašam s tem, da rezultati razpisa objavijo javno (javno bosta objavljena zgolj ime in priimek ter uvrščenost prosilca na prednostni listi upravičencev).

Velenje, dne _____

Podpis prosilca-ke:

Dokazilo o zmožnosti samostojnega bivanja

Naziv izpolnjevalca: _____

Naslov: _____

Oseba izpolnjevalca: _____

(Izpolni lahko osebni zdravnik, pristojni center za socialno delo, patronažna služba ali zavod za oskrbo na domu)

ZDRAVNIŠKO MNENJE O ZDRAVSTVENEM STANJU
za namen najema oskrbovanega stanovanja na Žarovi cesti 12, Velenje

Ime in priimek _____

EMŠO _____

Stalno bivališče _____

Zmožnost **samostojnega** opravljanja vsakodnevnih aktivnosti DA NE

Zmožnost opravljanja vsakodnevnih aktivnosti ob pomoči **sostanovalca** DA NE
(npr. zakonec, izven zakonski partner, sorodnik,...)

Zmožnost opravljanja vsakodnevnih aktivnosti ob **organizirani** pomoči DA NE

Uporaba medicinsko tehničnega pripomočka DA NE

(navedite vrsto medicinsko tehničnega pripomočka zaradi dostopa do stanovanjske enote)

Druge posebnosti zdravstvenega stanja:

.

Kraj in datum:

Žig:

Podpis pooblaščene osebe: