

# ZVEZA DELOVNIH INVALIDOV SLOVENIJE

Evidenčni karton člana



**DRUŠTVO INVALIDOV:**

## PODATKI O ČLANU – SPLOŠNO

Naziv:		Evidenčna št. člana:								
Ime:		Službeni telefon:								
Drugo ime:		Domači telefon:								
Priimek:		Mobilni telefon:								
Spol:	<input type="checkbox"/> ženska	<input type="checkbox"/> moški	E-pošta:							
			Datum rojstva:							
Podporni član:	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA	Leto vpisa:							

## NASLOV

Ulica:		Kraj:	
Poštna številka:		Občina:	
Država:		Oblika organiziranosti:	

## KATEGORIJE, VZROKI, PRIPOMOČKI

### KATEGORIJA INVALIDNOSTI IN/ALI TELESNE OKVARE PO ZPIZ

Kategorija invalidnosti:	<input type="checkbox"/> I. kategorija	<input type="checkbox"/> II. kategorija	<input type="checkbox"/> III. kategorija	
Št. odločbe:				
Telesna okvara po odločbi ZPIZ:	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA	Odstotek okvare:	
Št. odločbe:				

### STATUS - OSTALO

Status invalida po Zakonu o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov (ZZRZI):	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA		
Št. odločbe:				
Status invalida po drugih predpisih:	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA	Odstotek okvare:	
Št. dokumenta:				
<b>DRUGO</b>				
Trajna okvara po mnenju zdravnika specialista:	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA		
Št. dokumenta:				

<b>VZROK INVALIDNOSTI (VEZANO NA ODLOČBO)</b>		
Poškodba pri delu:	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA
Poškodba izven dela:	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA
Poklicna bolezen:	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA
Bolezen:	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA
Prirojena napaka:	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA

<b>OKVARA ZDRAVJA (MOŽNIH JE VEČ ODGOVOROV)</b>		
Okvara notranjih organov (srca, pljuča, prebavila, presnova, žleze, sečil in rodil):	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA
Okvara sistema za gibanje (kosti in sklepov, vključno s hrbtenico, vezi in mišic):	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA
Okvara živčnega sistema (možganov, hrbtenjače, živcev):	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA
Motnja duševnega zdravja:	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA
Okvara čutil (sluh, vid, ravnotežje, govor):	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA

<b>ORTOPEDSKI IN MEDICINSKI PRIPOMOČKI (MOŽNIH JE VEČ ODGOVOROV)</b>		
Invalidski voziček:	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA
Bergle, hodulja:	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA
Proteza/proteze:	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA
Ostali ortopedski pripomočki:	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA
Medicinski pripomočki za okvaro sluha:	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA
Pripomočki:		
Medicinski pripomočki za okvaro vida:	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA
Pripomočki:		

<b>IZOBRAZBA, ZAPOSLOVANJE, VIRI ZA PREŽIVLJANJE</b>			
Izobrazba:	<input type="checkbox"/> nedokončana osnovna šola	<input type="checkbox"/> višja šola	
	<input type="checkbox"/> osnovna šola	<input type="checkbox"/> visoka šola	
	<input type="checkbox"/> poklicna šola (4. strokovna stopnja)	<input type="checkbox"/> univerzitetna izobrazba	
	<input type="checkbox"/> srednja šola (5. strokovna stopnja)	<input type="checkbox"/> magisterij	
	<input type="checkbox"/> bolonjska diploma	<input type="checkbox"/> doktorat	
Družinske razmere:	<input type="checkbox"/> živi sam	<input type="checkbox"/> v druž. skupnosti	<input type="checkbox"/> v socialnem zavodu
	<input type="checkbox"/> pri sorodnikih	<input type="checkbox"/> pri tujih ljudeh	
Zaposlitev:	<input type="checkbox"/> zaposlen	<input type="checkbox"/> brezposeln	<input type="checkbox"/> upokojenec
	Zavod za zaposlovanje:		<input type="checkbox"/> prijavljen <input type="checkbox"/> neprijavljen

VIRI SREDSTEV ZA PREŽIVLJANJE (MOŽNIH JE VEČ ODGOVOROV)		
Plača:	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA
Nadomestilo:	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA
Pokojnina:	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA
Invalidnina:	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA
Varstveni dodatek:	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA
Dodatek za pomoč in postrežbo:	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA
Nima lastnih sredstev za preživljanje:	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA
Drugo, kaj:		

RAZNO		
Ste član še katere druge invalidske organizacije:	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA
Katere:		

Poverjenik:	
-------------	--

OPOMBE

IZJAVA IN PODPIS
<p>Uporabo osebnih podatkov, ki sem jih posredoval/a za register članstva, dovoljujem samo za delovanje in statistične ter raziskovalne namene v okviru dejavnosti Zveze delovnih invalidov Slovenije in MDI/DI _____.</p> <p>Hkrati se zavezujem, da osebnih podatkov drugih članov ne bom posredoval/a tretji osebi in da bom spoštoval/a njihovo pravico do zasebnosti.</p> <p>Moje osebne podatke lahko društvo obdeluje do prenehanja mojega članstva v društvu. Po prenehanju mojega članstva v društvu se morajo osebni podatki arhivirati in uporabljati skladno z zakonom, ki ureja arhivsko gradivo.</p>

Podpis člana	Datum
Podpis podpisovalca	Kraj