



Vos droits en matière de sécurité sociale

en Slovénie

Ce guide présente des informations préparées et mises à jour en étroite collaboration avec les correspondants nationaux du MISSOC, le système d'information mutuelle sur la protection sociale. De plus amples renseignements sur le réseau MISSOC sont disponibles à l'adresse: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=815>

Ce guide fournit une description générale du régime de sécurité sociale applicable dans les pays respectifs. Des informations supplémentaires peuvent être obtenues à travers d'autres publications MISSOC, toutes disponibles à l'adresse mentionnée ci-dessus. Vous pouvez également contacter les autorités et institutions compétentes énumérées à l'annexe du présent guide.

Ni la Commission européenne ni aucune personne agissant au nom de la Commission ne sont responsables de l'usage qui pourrait être fait des informations contenues dans cette publication.

Table des matières

Chapitre I: Généralités, organisation et financement	4
Introduction	4
Organisation de la protection sociale	5
Financement	5
Chapitre II: Soins de santé	6
Ouverture des droits	6
Couverture de l'assurance.....	6
Modalités d'accès	6
Chapitre III : Prestations de maladie en espèces	8
Ouverture des droits	8
Couverture de l'assurance.....	8
Modalités d'accès	9
Chapitre IV: Prestations de maternité et de paternité.....	10
Ouverture des droits	10
Couverture de l'assurance.....	10
Modalités d'accès	11
Chapitre V: Prestations d'invalidité	12
Ouverture des droits	12
Couverture de l'assurance.....	12
Modalités d'accès	14
Chapitre VI: Pensions et prestations de vieillesse	15
Ouverture des droits	15
Couverture de l'assurance.....	15
Modalités d'accès	16
Chapitre VII: Prestations en faveur des survivants.....	17
Ouverture des droits	17
Couverture de l'assurance.....	18
Modalités d'accès	19
Chapitre VIII: Prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles	20
Ouverture des droits	20
Couverture de l'assurance.....	20
Modalités d'accès	21
Chapitre IX: Prestations familiales	22
Ouverture des droits	22
Couverture de l'assurance.....	23
Modalités d'accès	24
Chapitre X: Chômage.....	25
Ouverture des droits	25
Couverture de l'assurance.....	25
Modalités d'accès	26
Chapitre XI : Garantie de ressources.....	27
Ouverture des droits	27
Couverture de l'assurance.....	27
Modalités d'accès	27
Chapitre XII : Soins de longue durée	28
Ouverture des droits	28
Couverture de l'assurance.....	29
Modalités d'accès	30
Annexe: Adresses des institutions et sites internet utiles	31

Chapitre I : Généralités, organisation et financement

Introduction

Le système de sécurité sociale slovène comprend le régime d'assurance sociale, des prestations familiales et d'aide sociale. Le régime d'assurance sociale est composé de l'assurance pension et invalidité obligatoire, l'assurance maladie obligatoire, l'assurance chômage et l'assurance protection parentale. Ces assurances sont obligatoires pour tous les salariés et travailleurs indépendants. Ces assurances sont financées à partir des cotisations de sécurité sociale versées par les salariés et les employeurs.

Assurance pension et invalidité obligatoire

L'assurance pension et invalidité obligatoire couvre les cas de vieillesse, d'invalidité, l'allocation de dépendance, le handicap physique et le décès. Elle est obligatoire pour les salariés, les travailleurs indépendants, les agriculteurs et certaines autres catégories de personnes effectuant des activités déterminées. Cette assurance est gérée par un seul organisme, l'Institut d'assurance pension invalidité de Slovénie (*Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije*), qui déploie ses activités au niveau de son bureau central de Ljubljana, de ses unités régionales et de ses antennes locales. Son conseil d'administration est composé de représentants du gouvernement, des syndicats, des associations patronales, des retraités, du représentant des invalides du travail et des employés de l'Institut proprement dit.

Assurance santé obligatoire

L'assurance maladie obligatoire permet aux personnes assurées de faire valoir leurs droits aux prestations médicales en nature (services de santé) et aux prestations en espèces, telles que l'indemnité de maladie en espèces, le capital-décès, le remboursement (partiel) des frais d'obsèques, ainsi que le remboursement des frais de traitement médical à l'étranger. Le système couvre les salariés, les travailleurs indépendants, les agriculteurs, les bénéficiaires de prestations de sécurité sociale (y compris les retraités) et citoyens qui résident en République de Slovénie, ainsi que les membres de leur famille. L'Institut slovène d'assurance maladie (*Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije*) est le seul prestataire d'assurance maladie obligatoire. Il déploie ses activités au niveau de ses unités régionales et de ses antennes locales. Son conseil d'administration est composé de représentants des assurés et des employeurs.

Il est possible de souscrire à une assurance complémentaire volontaire (assurance pour la participation aux frais) pour les prestations médicales non entièrement couvertes par l'assurance obligatoire.

Assurance chômage

L'assurance chômage garantit le versement de d'indemnités de chômage. L'Office slovène de l'emploi (*Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje*) déploie ses activités grâce à un réseau de bureaux régionaux et des agences pour l'emploi. Son conseil d'administration est composé de représentants des organisations patronales, des syndicats, d'employés de l'Office de l'emploi et du gouvernement.

L'assurance chômage couvre aussi le remboursement des frais de transport et de déménagement, le droit aux soins de santé et le droit à l'assurance pension et invalidité. L'application de ces deux droits se fait sur la base des dispositions régissant les matières en question.

Assurance protection parentale

L'assurance protection parentale garantit les congés parentaux (congé de maternité, congé pour les soins et la garde d'enfant, congé de paternité et congé pour adoption) et les indemnités parentales (indemnités de maternité, indemnité pour les soins et la garde d'un enfant, congé de paternité et congé d'adoption) aux salariés, aux indépendants, aux agriculteurs et à certaines autres catégories de personnes sur le territoire de la République de Slovénie. Le système fonctionne grâce à 62 centres régionaux de travail social (*centri za socialno delo*).

Prestations familiales

Les prestations familiales sont des prestations en espèces qui comprennent l'allocation parentale, l'allocation de naissance, l'allocation familiale, l'allocation pour famille nombreuse, l'allocation de soins pour enfants, la compensation partielle de la perte de revenu.

Aide sociale

En vertu du système de sécurité sociale slovène, l'aide sociale générale s'accompagne de plusieurs prestations d'aide sociale catégorielle.

Organisation de la protection sociale

Le Ministère du travail, de la famille, des affaires sociales et de l'égalité des chances exerce un contrôle sur les activités de l'Office d'assurance pension invalidité de Slovénie, du Service de l'emploi de Slovénie et des centres de travail social.

Les indemnités familiales, l'aide sociale et les services sociaux sont octroyés par les centres régionaux de travail social. Le Ministère du travail, de la famille, des affaires sociales et de l'égalité des chances est chargé de superviser ces activités.

Le Ministère de la santé détermine les programmes de prestations de santé et de la protection sanitaire des assurés en collaboration avec l'Institut slovène d'assurance maladie.

Financement

Les régimes slovènes d'assurance sociale sont financés par les cotisations de sécurité sociale des assurés et des employeurs. L'État a l'obligation constitutionnelle de couvrir toutes les éventuelles lacunes des régimes d'assurance sociale. L'assurance chômage et l'assurance protection parentale sont essentiellement financés à partir du budget de l'État. Les prestations familiales et l'aide sociale sont quant à elles entièrement financées par le budget de l'État.

Chapitre II : Soins de santé

Ouverture des droits

Le régime d'assurance maladie est obligatoire pour les salariés, les travailleurs indépendants, les agriculteurs, les bénéficiaires de prestations de sécurité sociale (pension de vieillesse, d'invalidité ou de survivant, indemnités de chômage, aide sociale permanente) ainsi que pour les résidents permanents qui ne sont pas assurés à un autre titre.

Par ailleurs, les membres de la famille à charge, y compris le conjoint ou concubin, les enfants et beaux-enfants ainsi que certaines autres personnes à la charge de l'assuré, ont également droit aux soins de santé.

En principe, aucune période d'affiliation antérieure n'est exigée pour l'ouverture des droits aux soins de santé. On relève quelques exceptions pour le matériel orthopédique, les lunettes, les appareils auditifs, les prothèses et autres aides médicales.

Couverture de l'assurance

Au titre de cette assurance, l'assuré a accès aux médecins et centres médicaux agréés par l'Institut slovène d'assurance maladie. S'ils ne disposent pas d'une assurance complémentaire pour la participation aux frais, les personnes assurées par le régime d'assurance obligatoire doivent prendre en charge une partie des coûts des soins de santé, allant de 10 à 90%. Pour certaines prestations médicales, il n'y a pas de contribution du patient. Par exemple, le patient ne verse aucune participation pour les examens préventifs; les soins et la rééducation des enfants (y compris les médicaments de la liste positive et de la liste provisoire); les étudiants; les conseils du planning familial concernant la contraception, la grossesse et l'accouchement; pour certaines maladies graves; les soins urgents; et certaines autres prestations.

Les services médicaux qui ne sont pas justifiés par une exigence médicale tels que la chirurgie esthétique et les médicaments qui ne figurent pas sur les listes positive et provisoire, ainsi que les traitements alternatifs tels que l'homéopathie, ne sont pas couverts par l'assurance maladie obligatoire. Ils sont intégralement à la charge des patients.

Vous pouvez prétendre au remboursement des frais de transport si, par exemple, vous devez consulter un médecin installé en dehors de votre lieu de résidence ou que vous êtes envoyé/convoqué par le médecin responsable. Si le trajet dure plus de 12 heures, des dépenses d'hébergement limitées peuvent également être remboursées.

Modalités d'accès

Vous pouvez choisir librement votre médecin traitant, à savoir médecin généraliste, gynécologue, pédiatre et dentiste. Ils interviennent en tant que «médecin référent», et les spécialistes ne peuvent être consultés que sur recommandation d'un médecin

généraliste. Dès lors qu'il dispose de cette prescription, l'assuré peut choisir librement les traitements médicaux, les spécialistes, les hôpitaux publics et privés conventionnés.

Les noms et les coordonnées des médecins publics et privés conventionnés pour les soins de santé sont disponibles dans l'annuaire de l'Institut slovène d'assurance maladie *Izvajalci zdravstvenih storitev*.

Chapitre III : Prestations de maladie en espèces

Ouverture des droits

Les prestations en espèces de l'assurance maladie sont versées pour compenser la perte temporaire de capacité de travail des assurés qui exercent une activité économique. Elles sont donc versées aux salariés, aux travailleurs indépendants, aux propriétaires d'entreprises privées, aux sportifs et joueurs d'échecs de haut niveau et aux agriculteurs.

Couverture de l'assurance

Les indemnités de maladie sont généralement versées par l'employeur pendant les 30 premiers jours d'absence. Aucune période antérieure d'affiliation n'est exigée et le montant des indemnités dépend de la cause de l'absence.

À compter du 31^e jour d'absence, les indemnités de maladie sont versées par l'Institut slovène d'assurance maladie. Dans certains cas, elles sont versées dès le premier jour d'absence. C'est notamment le cas pour le don de tissus vivants, d'organes ou de sang; ou lorsque l'incapacité de travail est due à la nécessité d'apporter des soins à un membre proche de la famille; à l'isolement ou à l'accompagnement ordonné par le médecin personnel; ou encore à une maladie professionnelle ou à un accident du travail.

Les indemnités de maladie sont généralement versées pendant un an au maximum. Les droits peuvent être prolongés à titre exceptionnel, si le traitement médical n'a pu être mené à terme dans ce délai. Elles peuvent aussi être versées jusqu'à 30 jours après la fin d'un contrat de travail.

La durée de versement des indemnités est limitée en cas de soins à un proche, par exemple, un enfant ou un conjoint. Elles sont versées pendant sept jours ouvrables pour les soins à un proche et pendant 15 jours ouvrables pour des enfants de moins de 7 ans ou handicapés. Des prolongations sont envisageables, par exemple, dans les cas les plus graves jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 18 ans.

La base de calcul des indemnités de maladie est le salaire mensuel moyen ou l'assiette moyenne de paiement des cotisations (par exemple pour les travailleurs indépendants) au cours de l'année civile précédant l'année d'absence.

Le montant des indemnités de maladie oscille entre 70% et 100% de la base de calcul. Elle s'élève par exemple à 70% en cas de blessure survenue hors du lieu de travail pour les premiers 90 jours, à 80% pour les maladies non professionnelles et à 100% en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail, de don de tissus vivants et d'organes au bénéfice d'autres personnes, d'un don de sang ou de l'isolement ordonné par un médecin.

Modalités d'accès

Les indemnités de maladie sont versées pendant les 30 premiers jours d'absence après évaluation de l'incapacité de travail ou des besoins de soins à apporter à un proche réalisée par le médecin traitant choisi. Par la suite, ou dans les autres cas où les indemnités de maladies sont versées par l'assurance maladie obligatoire dès le premier jour d'absence, la décision d'un médecin désigné est nécessaire. Ces cas peuvent donner lieu à un recours auprès de la Commission de santé de l'Institut slovène d'assurance maladie.

En fait, les indemnités de maladie sont également versées par l'employeur après le 31^e jour d'absence. L'employeur est ensuite remboursé par l'Institut slovène d'assurance maladie sur présentation du certificat valide et entièrement complété relatif à la perte de capacité de travail et des documents de décompte.

Chapitre IV: Prestations de maternité et de paternité

Ouverture des droits

Les femmes bénéficient des soins de santé au titre de l'assurance maladie obligatoire avant, pendant et après la naissance. Les droits au congé parental et aux prestations en espèces proviennent du régime d'assurance protection parentale.

Pour bénéficier d'une indemnité de maternité ou paternité, vous devez avoir été assuré avant le début du congé ou pendant une durée d'au moins 12 mois au cours des trois années précédentes. C'est généralement la mère de l'enfant qui peut prétendre au congé/indemnité de maternité. À titre exceptionnel seulement, le père de l'enfant ou une autre personne s'occupant de l'enfant ou un parent adoptif peuvent y prétendre si la mère décède, abandonne l'enfant ou n'est pas en mesure de vivre et de travailler de façon indépendante. En principe, le père et les parents adoptifs ont droit à des prestations spéciales.

Si les conditions d'affiliation ne sont pas satisfaites, vous pouvez avoir droit à l'allocation parentale au titre du régime des prestations familiales.

Couverture de l'assurance

Le régime de l'assurance protection parentale couvre le congé parental (congé de maternité, de paternité, d'adoption et de soins et garde d'enfants), les indemnités parentales (indemnités de maternité, de paternité, d'adoption et de soins et garde d'enfants), ainsi que le droit de travailler à temps partiel suite à une naissance.

Congé de maternité

Le congé de maternité a une durée de 105 jours calendaires, débutant 28 jours avant la date prévue de l'accouchement et 77 jours après cette date. Il est obligatoire après l'accouchement et les jours de congé non utilisés avant l'accouchement ne peuvent être transférés après la naissance de l'enfant.

Congé de paternité

Le père a droit à un congé de paternité d'une durée de 90 jours, dont 15 jours doivent être pris au cours des six premiers mois de l'enfant. Les 75 jours de congé restants (seules les cotisations payées) doivent être pris jusqu'à l'âge de trois ans de l'enfant.

Congé pour les soins et la garde d'un enfant

Après le terme du congé de maternité, l'un des parents a droit à un congé pour les soins et la garde d'un enfant, d'une durée de 260 jours calendaires qui peut dans certains cas être prolongée. Par exemple, 90 jours supplémentaires peuvent être accordés en cas de naissances multiples (pour chaque enfant supplémentaire, ou si l'enfant nécessite des soins particuliers. Il peut également être prolongé si les parents ont déjà au moins deux enfants de moins de huit ans ou en cas de naissance prématurée.

Congé d'adoption

Le congé d'adoption est un congé destiné à l'un ou aux deux adoptants pour que ceux-ci et l'enfant puissent se consacrer entièrement les uns aux autres après l'adoption. Le congé d'adoption est de 150 jours pour les enfants âgés de un à quatre ans et de 120 jours pour les enfants âgés de quatre à dix ans. Si les deux parents adoptions optent ensemble pour le congé d'adoption, sa durée totale est limitée à 150 ou 120 jours respectivement.

Indemnité parentale (indemnité de maternité, indemnité de paternité, indemnité pour les soins et la garde d'un enfant et indemnité d'adoption)

L'indemnité parentale est versée pendant le congé parental. Il suffit d'avoir été assuré le jour précédent le début du congé parental pour avoir droit aux indemnités parentales. Si la personne n'a pas droit au congé parental, elle peut malgré tout prétendre aux indemnités parentales si elle a été assurée pendant au moins 12 mois sur les trois années précédentes.

Le montant de l'indemnité de maternité s'élève à 100% du salaire moyen (ou autre base de calcul) des 12 derniers mois avant la présentation de la première demande de congé parental.

Les indemnités pour les soins et la garde d'enfants, de paternité et d'adoption s'élèvent à 90% du salaire ou d'autres bases individuelles des 12 derniers mois (100% lorsque la base ne dépasse pas € 763,06). S'il manque des mois, 55% du salaire minimum est pris en compte. Le montant des indemnités parentales est limité, à l'exception du congé de maternité.

Les indemnités parentales sont généralement versées au cours du congé parental. La seule exception est l'indemnité de paternité qui n'est versée que pour les 15 premiers jours. Pour les 75 jours restants, seules les cotisations de sécurité sociale basées sur le salaire minimum sont payées au père de l'enfant.

L'un des parents peut travailler à temps partiel (au moins à mi-temps) jusqu'au troisième anniversaire de l'enfant. Cette période est prolongée jusqu'aux six ans de l'enfant si la famille compte deux ou trois enfants. Dans les familles de quatre enfants ou plus, l'un des parents est autorisé à cesser entièrement ses activités sur le marché du travail. Le droit au travail à temps partiel est prolongé pour les enfants handicapés jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 18 ans.

Dans tous les autres cas, l'employeur garantit le salaire pour le travail effectivement réalisé, et pour le reste, des cotisations de sécurité sociale de plein temps sont versées par l'assurance protection parentale.

Modalités d'accès

La demande de congé parental et d'indemnités parentales doit être introduite auprès du centre régional de travail social, généralement du lieu de résidence permanente de la mère.

Les bénéficiaires sont tenus de prévenir leur employeur généralement avec un préavis de 30 jours avant le congé parental. Si ce préavis n'a pu être respecté, l'employeur doit être informé dans les trois jours suivant la naissance de l'enfant.

Chapitre V: Prestations d'invalidité

Ouverture des droits

Vous pouvez prétendre à une pension d'invalidité et aux prestations de l'assurance invalidité dès que l'invalidité est reconnue. L'invalidité est confirmée si elle est due à un changement des conditions de santé (suite à un accident ou une maladie) et ne peut être résolue par un traitement médical ou une rééducation et si l'aptitude au travail est réduite ou nulle.

La commission d'invalidité de l'Institut slovène d'assurance pension et invalidité classe l'assuré dans l'une des trois catégories d'invalidité suivantes en fonction de sa capacité de travail résiduelle:

- catégorie I: l'assuré n'est plus apte à effectuer un travail de production organisé;
- catégorie II: l'aptitude de l'assuré à assurer son travail de façon normale est diminuée de 50% ou plus;
- catégorie III: l'assuré n'est plus capable d'effectuer un travail à temps plein, mais peut toutefois effectuer un travail déterminé à mi-temps, ou l'aptitude au travail de l'assuré, pour sa profession, est diminuée de moins de 50%, ou l'assuré peut travailler à plein temps dans sa profession mais n'est plus apte pour l'emploi qui lui a été attribué.

Des contrôles médicaux obligatoires sont prévus tous les cinq ans pour les personnes ayant obtenu le droit aux prestations d'invalidité avant l'âge de 45 ans. Des contrôles médicaux peuvent également être demandés après cet âge ou avant l'expiration de la période de cinq ans, en fonction des circonstances de chacun. Dans certains cas, ces contrôles médicaux ne sont pas nécessaires, même pour une personne de moins de 45 ans.

Couverture de l'assurance

Pension d'invalidité

L'assuré peut prétendre à une pension d'invalidité s'il est atteint d'une invalidité:

- de catégorie I;
- de catégorie II, et s'il n'est pas apte pour un autre travail approprié à temps plein sans réadaptation professionnelle, celle-ci ne lui étant pas offerte seulement parce qu'il a plus de 55 ans, ou pour un travail à temps partiel d'une durée d'au moins 4 heures par jour sans réadaptation professionnelle, celle-ci ne lui étant pas offerte seulement parce qu'il a plus de 50 ans;
- de catégorie II ou III, si aucun emploi ou aucune affectation appropriée ne lui sont offerts car il a atteint l'âge de 65 ans.

Si l'invalidité apparaît en raison d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, l'assuré a droit à une pension d'invalidité sans condition d'affiliation préalable. Sinon, l'assuré a droit à une pension d'invalidité uniquement s'il compte une période d'assurance suffisante, telle que définie ci-après.

Par exemple, la période de cotisation à l'assurance doit couvrir au moins un tiers de la période allant de son 20^e anniversaire (ou 23 ou 26 ans après des études dans l'enseignement supérieur ou à l'université) à l'apparition de l'invalidité. Si l'invalidité de catégorie I est apparue au-delà de l'âge de 21 ans mais avant l'âge de 30 ans de l'assuré, un quart seulement de la période entre ses 21 ans et le jour de l'apparition de l'invalidité est exigé. Des conditions plus souples sont prévues pour une invalidité de catégorie I survenue avant 21 ans. Dans ce cas, il suffit d'être couvert par l'assurance ou d'avoir cotisé pendant au moins trois mois au moment de l'invalidité.

Le montant de la pension d'invalidité est établi à partir de la base de calcul des pensions de vieillesse (en 2013: salaire moyen au cours des 19 meilleures années d'assurance consécutives après 1970).

Le pourcentage de calcul de la pension est établi en tenant compte de la période d'affiliation réelle et de la période d'affiliation complémentaire (fictive) pour un assuré n'ayant pas atteint l'âge de la pension de 65 ans.

Prestations de l'assurance invalidité

Indemnité d'invalidité

Une indemnité d'invalidité (*nadomestilo za invalidnost*) peut être versée aux assurés qui se sont vu reconnaître le droit à la réaffectation après avoir accompli la réadaptation professionnelle et qui sont soit: atteints d'une invalidité de catégorie II et âgés de plus de 55 ans, soit atteints d'une invalidité de catégorie III et que leur capacité de travail pour les tâches qu'ils effectuaient a été réduite de moins de 50% ou si dans certains cas ils peuvent continuer à effectuer les mêmes tâches à temps plein, mais qu'ils ne sont pas capables d'occuper le poste de travail auquel ils ont été affectés.

Prestation partielle

Un assuré souffrant d'une invalidité de catégorie III qui s'est vu reconnaître le droit à travailler à temps partiel pour une durée de minimum quatre heures par jour ou vingt heures par semaine a droit à une prestation partielle (*delno nadomestilo*). La prestation partielle correspond au pourcentage de diminution du temps de travail complet, par rapport à la pension d'invalidité à laquelle l'assuré aurait droit au jour de la survenance de l'invalidité, comme il suit: 50% lorsque la personne assurée travaille 4 heures par jour, 37,5% lorsqu'elle travaille 5 heures par jour, 25% lorsqu'elle travaille 6 heures par jour, et 12,5%, lorsqu'elle travaille 7 heures par jour.

Réadaptation professionnelle

La réadaptation professionnelle est organisée en accord avec l'Institut slovène d'assurance pension et invalidité, qui couvre également les frais. L'indemnité de réadaptation professionnelle (*nadomestilo za čas poklicne rehabilitacije*) est versée au cours de la période entre l'acquisition du droit à une réadaptation professionnelle et la fin de celle-ci.

Prestation temporaire

Un assuré qui, après avoir accompli la réadaptation professionnelle, a droit à la réaffectation ou à travailler à temps partiel pour une durée de minimum quatre heures par jour ou vingt heures par semaine, a droit à une prestation temporaire (*začasno nadomestilo*) jusqu'à ce qu'il commence à travailler pour un autre poste de travail à temps plein ou à temps partiel pour une durée de minimum quatre heures par jour ou vingt heures par semaine.

Allocation de dépendance

L'allocation de dépendance (*dodatek za pomoč in postrežbo*) est accordée aux personnes résidant de manière légale et permanente en Slovénie, bénéficiant d'une pension de vieillesse, de retraite anticipée, d'invalidité, de veuvage ou de survivant, ayant besoin d'une aide permanente afin de répondre à leurs besoins vitaux. Elle atteint au moins 76% du montant de la pension minimum pour une période d'affiliation complète ou la moitié du montant pour les personnes nécessitant de l'aide pour les principaux besoins vitaux.

Modalités d'accès

La perte de la capacité de travail ou le degré de capacité de travail résiduelle, le handicap physique et le besoin d'autres prestations d'invalidité sont évalués par des médecins experts ou des commissions d'invalidité dans le premier et deuxième cas. Les experts individuels et les commissions d'invalidité sont des organes spécialisés de l'Institut slovène d'assurance pension et invalidité.

Chapitre VI : Pensions et prestations de vieillesse

Ouverture des droits

Pension de vieillesse

Le droit à la pension de vieillesse dépend de l'âge de la retraite ainsi que de la durée d'affiliation et d'assurance de l'assuré. Les conditions d'ouverture des droits à la pension de vieillesse pour l'assuré sont les suivantes:

- 65 ans pour les hommes et les femmes après une période d'assurance de 15 années (à savoir uniquement les périodes pour lesquelles des cotisations ont été payées);
- 60 ans après une durée d'affiliation à l'exclusion des périodes rachetées de 40 années pour les hommes et les femmes (cela inclut les périodes prises en compte indépendamment du paiement des cotisations, mais pas les périodes rachetées).

Cependant, pendant une période transitoire, les conditions suivantes s'appliquent:

- 63 ans et 6 mois en 2013 (64 ans en 2014; 64 ans et 6 mois en 2015) pour les femmes après une période d'assurance de 15 années;
- 63 ans et 6 mois en 2013 (64 ans en 2014; 64 ans et 6 mois en 2015) pour les hommes et 61 ans et 6 mois en 2013 (62 ans en 2014; 62 ans et 6 mois en 2015; 63 ans en 2016; 63 ans et 6 mois en 2017; 64 ans en 2018 et 64 ans et 6 mois en 2019) pour les femmes après une période d'affiliation ouvrant droit à pension de 20 années (à savoir uniquement les périodes pour lesquelles des cotisations ont été payées).

L'âge minimum de la retraite peut être abaissé dans certains cas. Par exemple, en tenant compte des périodes d'éducation des enfants, ou pour les hommes et les femmes ayant travaillé comme salarié(e)s avant l'âge de 18 ans.

Couverture de l'assurance

Pension de vieillesse

Le montant de la pension de vieillesse est calculé en pourcentage de la base de calcul des pensions. Celle-ci prend en considération les 19 meilleures années de salaire consécutives au cours de la période d'assurance acquise après 1970. Pendant une période transitoire allant jusqu'en 2018, une année est ajoutée au début de chaque nouvelle année civile jusqu'à ce qu'une période de 24 années consécutives soit atteinte. Un minimum et un maximum sont établis pour les bases de calcul des pensions.

Le taux de la pension dépend du sexe, légèrement supérieur pour les femmes que pour les hommes, ainsi que de la durée minimale d'affiliation et d'assurance. Par exemple, pour les personnes ayant cotisé pendant 40 ans, la pension de vieillesse s'élève à 72,5% de la base de calcul des pensions.

Il n'y a pas de taux plafond. En fait, les assurés sont incités à travailler plus longtemps et à reporter leur départ à la retraite. Si un assuré travaille plus longtemps que la

période de travail complète (40 ans) ou prend sa retraite après l'âge de pension complète (65 ans pour les hommes et les femmes), il se voit accorder un bonus (pourcentage supplémentaire). Des réductions (malus) peuvent également être appliquées si la personne prend sa retraite avant d'atteindre l'âge de la retraite à taux plein.

Pension partielle

Si vous avez déjà droit à une pension de vieillesse ou à une pension anticipée, vous pouvez bénéficier d'une pension partielle. Pour y prétendre, vous ne devez pas travailler en tant que salarié (ou exercer des activités à titre indépendant) pendant plus de la moitié d'un temps plein. Quelle que soit la réduction, la pension partielle correspond toujours à la moitié de la pension de vieillesse à laquelle l'assuré aurait droit en cas de départ en retraite à taux plein.

Bonus annuel

Les pensionnés ont droit à un bonus annuel (*letni dodatek*) forfaitaire, à deux taux différents selon le montant de la pension. Il est légèrement supérieur pour les personnes bénéficiant de pensions plus faibles.

Modalités d'accès

Les demandes doivent être introduites auprès de l'antenne de l'Institut slovène d'assurance invalidité du lieu où vous étiez assuré pour la dernière fois.

Chapitre VII : Prestations en faveur des survivants

Ouverture des droits

Des conditions générales et des conditions particulières s'appliquent au versement des pensions de survivant. Les conditions générales se réfèrent à l'assuré décédé et les conditions particulières se réfèrent à la veuve ou au veuf ainsi qu'aux autres membres de la famille.

Conditions générales relatives au défunt

Les membres de la famille survivants peuvent prétendre à une pension de survivant si le défunt:

- a rempli les conditions pour l'obtention du droit à une pension partielle, à une pension de vieillesse ou à une pension d'invalidité, ou
- bénéficiait déjà d'une pension partielle, de vieillesse ou d'invalidité ou d'autres prestations au titre d'une invalidité.

Conditions particulières pour la pension de veuf ou de veuve

Peuvent prétendre à une pension de veuf ou de veuve (*vdovska pokojnina*) les membres de la famille suivants: le conjoint survivant, le concubin (si le concubinage a duré au moins trois ans ou au moins un an en cas d'enfant en commun) et le conjoint divorcé ayant droit à une pension alimentaire.

Ils peuvent bénéficier de la pension

- s'ils ont atteint au moins l'âge de 58 ans au moment du décès du conjoint (s'ils ont atteint l'âge de 53 ans le versement est reporté jusqu'à l'âge de 58 ans), ou
- indépendamment de l'âge, s'ils sont en incapacité totale de travail au moment du décès de la personne assurée, ou si cette incapacité totale apparaît dans un délai d'un an à partir de ce moment;
- s'ils ont un ou plusieurs enfants qui ont droit à une pension familiale (*družinska pokojnina*) et aux besoins desquels ils ont l'obligation de subvenir, ou si cet enfant naît au maximum 300 jours après le décès.

Conditions particulières pour la pension familiale

Le droit à une pension familiale (*družinska pokojnina*) peut être accordé, en raison u décès de l'assuré:

- aux enfants (au sein du mariage ou en dehors, ainsi que les enfants adoptifs),
- aux beaux-enfants, petits-enfants et autres enfants orphelins, aux besoins desquels l'assuré a subvenu,
- aux parents et parents adoptifs aux besoins desquels l'assuré a subvenu.

L'enfant a droit à une pension de survivant jusqu'à l'âge de 15 ans ou 18 ans (s'il est inscrit en tant que chômeur) ou jusqu'au terme de ses études (qu'il prouve au moyen d'un certificat de scolarisation), et au plus tard jusqu'à l'âge de 26 ans. L'enfant qui devient totalement inapte au travail alors qu'il avait droit à une pension de survivant, conserve ce droit aussi longtemps que perdure cette incapacité.

Les parents aux besoins desquels l'assuré a subvenu jusqu'à sa mort ont droit à la pension familiale s'ils ont atteint l'âge de 60 ans au moment du décès de l'assuré ou s'ils ont une incapacité complète de travail.

Allocation de décès et remboursement des frais d'obsèques

Ces deux droits découlent de l'assurance maladie obligatoire et dépendent d'une certaine période d'affiliation préalable. La demande doit en être faite dans les six mois suivant le décès de l'assuré.

L'allocation de décès (*posmrtnina*) est une somme forfaitaire versée aux membres de la famille du défunt qui étaient à sa charge. Cette somme est partagée par les membres de la famille aux besoins desquels l'assuré subvenait. On considère qu'ils étaient à la charge du défunt s'ils étaient couverts par l'assurance maladie obligatoire en tant que membre de sa famille. Les frais d'obsèques (*pogrebna*) sont (en partie) remboursés à la personne qui prend en charge les obsèques de l'assuré décédé.

Couverture de l'assurance

Pension de veuf ou de veuve

La pension de veuf ou de veuve s'élève à 70% de la pension (vieillesse ou invalidité) du défunt ou de la pension à laquelle le défunt aurait eu droit au moment du décès.

Un veuf ou une veuve ayant le droit à sa propre pension bénéficie, en outre, de 15% de la pension de veuf ou de veuve, avec un certain plafond. Le montant des deux pensions ne peut excéder celui d'une pension de vieillesse calculée pour un homme à partir de la base de calcul la plus élevée pour une période d'affiliation de 40 années.

Si le veuf ou la veuve peut prétendre à diverses pensions, il ou elle peut choisir la pension la plus favorable (la plus élevée).

Les mêmes règles s'appliquent au conjoint divorcé qui avait droit à une pension alimentaire du défunt jusqu'au décès. Si le défunt s'était remarié tout en poursuivant le versement de la pension alimentaire, le conjoint actuel et l'ex-conjoint deviennent co-bénéficiaires.

Pension familiale

Le taux de la pension familiale dépend du nombre des ayants droit.

Dans le cas des orphelins de l'un des deux parents:

- pour un membre de la famille, elle s'élève à 70% de la pension de la personne décédée,
- pour deux membres, elle s'élève à 80%,
- pour trois membres, elle s'élève à 90%, et
- pour quatre membres ou plus, la pension familiale s'élève à 100% de la pension de la personne décédée au moment du décès.

Dans le cas des orphelins de père et de mère:

- pour un membre de la famille, la pension de survivant est égale à 100% de la base réglementaire de la plus élevée des pensions des parents décédés au moment du décès,
- pour deux membres ou plus, la base des pensions de survivant sera de 100% des pensions des deux parents décédés. Ces pensions sont divisées en parties égales selon le nombre d'enfants. Si la division en parties égales n'est pas possible, le reste reviendra à l'enfant aîné.

Modalités d'accès

Les demandes doivent être introduites auprès de l'antenne de l'Institut slovène d'assurance pension et invalidité du lieu où la personne décédée était assurée pour la dernière fois.

L'allocation de décès et le remboursement des frais d'obsèques doivent être demandés auprès de l'antenne locale de l'Institut slovène d'assurance maladie. La demande relative aux frais d'obsèques peut également être introduite par l'institut public gérant les obsèques si un accord a été conclu avec l'Institut slovène d'assurance maladie.

Chapitre VIII: Prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles

Ouverture des droits

Il n'existe pas de régime d'assurance sociale spécifique couvrant les accidents du travail et les maladies professionnelles. Ces risques sont couverts par l'assurance maladie obligatoire en cas d'incapacité de travail de courte durée et par l'assurance pension et invalidité obligatoire en cas d'invalidité ou de décès de l'assuré.

La définition des accidents du travail englobe les accidents survenus pendant ou en dehors du travail, y compris le trajet entre le lieu de résidence et le travail si le transport est organisé par l'employeur ou pendant les déplacements professionnels.

Il existe une liste des maladies professionnelles et si une maladie ne figure pas sur la liste, elle n'est pas considérée comme une maladie professionnelle.

Couverture de l'assurance

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, l'assurance maladie obligatoire couvre tous les frais de traitement médical aigu ainsi que toute rééducation ultérieure. L'assuré ne participe pas aux frais.

Si l'accident du travail ou la maladie professionnelle se traduit par une incapacité temporaire, les indemnités de maladie versées dans un premier temps par l'employeur, puis par l'Institut slovène d'assurance maladie, correspondent à 100% de la base de calcul. En outre, l'assuré continue de percevoir les prestations après expiration du contrat de travail, jusqu'à ce qu'il recouvre son aptitude au travail.

Si l'accident du travail ou la maladie professionnelle se traduit par une invalidité permanente, aucune condition d'affiliation préalable n'est exigée pour bénéficier d'une pension d'invalidité ou d'une allocation pour personnes handicapées. De plus, l'allocation pour personnes handicapées peut être perçue avec un taux de handicap physique plus faible (30%).

Non seulement l'accès aux prestations est plus favorable mais leur étendue également. Par exemple, la pension d'invalidité est calculée pour la période complète de travail (40 annuités pour les hommes et les femmes) et l'allocation pour personnes handicapées est plus élevée.

En cas de décès dû à un accident de travail ou à une maladie professionnelle, le droit à la pension de survivant n'est pas soumis à une durée minimale d'affiliation, qui aurait autrement dû être accomplie par l'assuré décédé.

Modalités d'accès

Les soins de santé sont dispensés par le médecin traitant choisi ou par tout autre médecin si un traitement médical d'urgence est nécessaire. Les indemnités de maladie sont versées par l'employeur (et pour toute durée supérieure à 30 jours, il est remboursé par l'Institut slovène de l'assurance maladie).

La demande de prestations en cas d'invalidité ou de décès de l'assuré doit être introduite auprès de l'antenne de l'Institut slovène d'assurance pension et invalidité du lieu où l'assuré ou le défunt a été assuré en dernier. Le degré d'invalidité ou de handicap est évalué par la commission d'invalidité compétente.

Chapitre IX: Prestations familiales

Ouverture des droits

Les prestations familiales sont des prestations en espèces versées au moment de la naissance d'un enfant ou pour l'éducation ultérieure de l'enfant et des prestations spéciales sont prévues pour les enfants handicapés.

Allocation parentale

L'allocation parentale (*starshevski dodatek*) est l'aide financière accordée aux parents qui n'ont pas droit aux indemnités parentales au titre du régime d'assurance protection parentale.

La durée du droit à l'allocation parentale est d'un an après la naissance de l'enfant. En règle générale, la mère bénéficie de cette allocation pendant les 77 premiers jours après la naissance. Dans certaines circonstances exceptionnelles, le père de l'enfant ou une autre personne peuvent prétendre à l'allocation parentale au cours des 77 premiers jours suivant la naissance de l'enfant.

Après cette période de 77 jours, ce droit peut être exercé par l'un ou l'autre des parents, la mère ou le père, suivant leur accord écrit. La condition d'octroi est que les deux personnes – à savoir le parent choisi (ou une autre personne qui prend en charge l'enfant) et l'enfant lui-même – soient citoyens de l'UE et résident de façon permanente en Slovénie. Par ailleurs, aucun cumul avec d'autres prestations n'est autorisé.

Allocation de naissance

L'allocation de naissance (*pomoč ob rojstvu otroka*) est une prestation unique destinée à l'achat du trousseau du nouveau-né dont la mère ou le père a sa résidence permanente en Slovénie et à condition que le revenu mensuel moyen (par personne) ne dépasse pas 64% du salaire net moyen.

Allocation familiale

L'allocation familiale (*otroški dodatek*) est versée aux parents pour les aider à assurer la subsistance, l'éducation et la formation d'un enfant. La condition est que le revenu de chaque membre de la famille soit inférieur à 64% du salaire moyen national en Slovénie. Par ailleurs, l'enfant doit avoir sa résidence officielle en Slovénie.

Le droit à l'allocation familiale est accordé à l'un des parents pour les enfants de moins de 18 ans.

Allocation pour famille nombreuse

L'allocation pour famille nombreuse (*dodatek za veliko družino*) est une indemnité annuelle destinée aux familles qui ont trois enfants ou plus de moins de 18 ans (ou 26 ans s'ils suivent des études ou une formation à plein temps) et dont le revenu mensuel moyen par personne ne dépasse pas 64% du salaire net moyen. L'allocation

pour famille nombreuse peut être versé à l'un ou l'autre des parents tant qu'il réside en permanence avec ses enfants.

Allocation spéciale de soins pour enfants

L'allocation spéciale de soins pour enfants (*dodatek za nego otroka, ki potrebuje posebno nego in varstvo*) est une prestation en espèces destinée à couvrir une partie des frais supplémentaires d'une famille dont un enfant a besoin de soins particuliers.

Cette allocation est accordée à l'un des parents si l'enfant a sa résidence permanente en République de Slovénie. Elle est octroyée sur la base de l'avis d'une commission médicale spéciale et versée jusqu'aux 18 ans de l'enfant ou la durée de ses études ou formation à plein temps. À titre exceptionnel, l'allocation peut être versée pour des enfants pris en charge par d'autres, par exemple, lors de la prise en charge pour des études ou dans une famille d'accueil.

Compensation partielle de la perte de revenu

La compensation partielle de la perte de revenu (*delno plačilo za izgubljeni dohodek*) est versée à l'un des parents qui cesse de travailler ou réduit son temps de travail afin de s'occuper d'un enfant atteint d'un handicap physique ou mental grave. Le droit à cette compensation est conditionné par la résidence permanente en Slovénie et la citoyenneté de l'UE de l'enfant et du parent.

Couverture de l'assurance

L'allocation parentale est une aide financière forfaitaire mensuelle s'élevant à 55% du salaire minimum (soit € 251).

L'allocation de naissance s'élève à 64% du salaire minimum (soit € 280,75). À la place de l'allocation de naissance, les parents peuvent opter pour une layette (trousseau pour le nouveau-né) de valeur équivalente.

Le montant de l'allocation familiale dépend des revenus de la famille (plus les revenus sont faibles, plus l'allocation est élevée) et du nombre d'enfants dans la famille. Le montant est majoré de 10% supplémentaires pour les familles monoparentales et de 20% pour les enfants en âge préscolaire qui ne sont pas inscrits dans une école maternelle.

L'allocation pour famille nombreuse s'élevait à € 393,46 pour une famille de trois enfants. Son montant est supérieur pour les familles de quatre enfants ou plus (€ 479,83).

L'allocation spéciale de soins pour enfants était versée sous forme de mensualités de € 101,05. Son montant est doublé (€ 202,17) pour les enfants souffrant d'un handicap physique ou mental grave.

La compensation partielle de la perte de revenu mensuelle est égale au salaire minimum national (€ 783,66 brut). Si le parent commence à travailler à temps partiel, la prestation est ajustée en conséquence et versée proportionnellement au salaire minimum.

Modalités d'accès

Les demandes de prestations familiales doivent être introduites auprès du centre régional de travail social. Les demandes d'allocation parentale doivent être soumises 30 jours avant la date prévue de l'accouchement, ou au plus tard 30 jours après la naissance de l'enfant. L'allocation de naissance doit être demandée au plus tard 60 jours après la naissance de l'enfant, délai au-delà duquel il n'est plus possible de faire valoir son droit.

L'allocation familiale peut être demandée par l'enfant lui-même s'il a au moins 18 ans. Dans ce cas, le montant versé correspond à celui pour le premier enfant, quel que soit le nombre réel d'enfants dans la famille. Le droit est accordé pour une période d'un an et il y a lieu de le faire valoir dans les 90 jours qui suivent la naissance de l'enfant. Passé ce délai, l'allocation ne pourra être demandée qu'à compter du premier jour du mois qui suit la soumission de la demande. Si l'ayant droit entend bénéficier de l'allocation familiale de manière ininterrompue, il doit présenter une nouvelle demande durant le dernier mois de validité de la décision d'octroi du droit à l'allocation.

La demande d'allocation pour famille nombreuse doit être déposée au plus tard le 15 juillet de chaque année. Passée cette date, les droits sont interrompus. Ils peuvent être accordés d'office par le centre de travail social si la famille a droit à l'allocation familiale.

Le droit à l'allocation spéciale de soins pour enfants doit être exercé dans les 90 jours suivant la naissance de l'enfant. Dans le cas contraire, l'allocation est payée à partir du premier jour du mois qui suit la présentation de la demande.

Chapitre X: Chômage

Ouverture des droits

Des indemnités de chômage (*nadomestilo za primer brezposelnosti*) peuvent être versées aux salariés et aux travailleurs indépendants obligatoirement assurés contre le risque de chômage. Il doit s'agir d'un chômage involontaire et non d'une décision délibérée ou d'une faute de l'assuré.

Les autres conditions sont que l'assuré doit:

- avoir eu un contrat de travail pendant au moins 9 mois sur les 24 derniers mois;
- accepter tout emploi convenable (sinon, les indemnités de chômage ne sont pas versées); après un certain délai, un poste inférieur d'un niveau d'éducation doit également être accepté, outre un emploi convenable;
- s'être inscrit à l'Office slovène de l'emploi dans un délai de 30 jours après la cessation de sa relation de travail;
- être apte au travail;
- rechercher activement un emploi;
- avoir entre 15 ans et 65 ans.

Couverture de l'assurance

Les indemnités de chômage sont calculées à partir des revenus mensuels moyens (sans plafond et comprenant l'allocation de remplacement de revenus) perçus au cours des 12 derniers mois avant la cessation de la relation de travail.

Pendant les trois premiers mois, les indemnités de chômage s'élèvent à 80% de la base de calcul. Du quatrième au douzième mois (soit pendant les neuf mois qui suivent), elles s'élèvent à 60% de la base de calcul, et 50% par la suite. Les indemnités versées ne peuvent être inférieures à € 350 ni supérieures à € 892,50.

La durée de versement des indemnités de chômage varie en fonction des années de cotisations antérieures. Elles sont versées pendant:

- 3 mois pour une période de cotisation de 9 mois à 5 ans;
- 6 mois pour une période de cotisation de 5 à 15 ans;
- 9 mois pour une période de cotisation de 15 à 25 ans;
- 12 mois pour une période de cotisation de plus de 25 ans;
- 19 mois pour des assurés âgés de plus de 50 ans et ayant cotisé pendant plus de 25 ans;
- 25 mois pour les assurés âgés de plus de 55 ans et ayant cotisé pendant plus de 25 ans.

Une durée d'assurance de minimum 6 mois au cours des 24 derniers mois donne droit aux chômeurs de moins de 30 ans aux allocations de chômage pendant deux mois.

Par ailleurs, l'Office slovène de l'emploi verse les cotisations d'assurance pension et invalidité pendant maximum un an avant que les conditions pour partir à la retraite ne soient remplies.

Les bénéficiaires d'indemnités de chômage sont couverts par les régimes d'assurance sociale, à savoir, l'assurance pension et invalidité obligatoire, l'assurance maladie obligatoire, l'assurance protection parentale et l'assurance chômage.

Modalités d'accès

La demande d'indemnités de chômage doit être déposée à l'Office slovène de l'emploi. Elles sont versées dès le premier jour après la cessation de la relation de travail.

Si la personne sans emploi s'inscrit au-delà du délai de 30 jours, son droit est écourté à concurrence du nombre de jours de retard en question.

Chapitre XI : Garantie de ressources

Ouverture des droits

Tous les résidents permanents ne disposant pas de ressources suffisantes (dont les biens et les revenus sont inférieurs à un certain plafond) pour des raisons objectives, peuvent prétendre à l'aide sociale financière (*denarna socialna pomoč*).

Allocation complémentaire

L'allocation complémentaire (*varstveni dodatek*) est un complément mensuel en espèces versé sous condition de ressources au titre du régime d'aide sociale. Elle est versée aux personnes inaptes au travail de façon permanente (*trajno nezaposljive osebe*), aux personnes en incapacité permanente de travailler (*osebe, trajno nezmožne za delo*) ou aux personnes âgées de plus de 63 ans (pour les femmes) ou 65 ans (pour les hommes).

Couverture de l'assurance

L'aide sociale financière est établie en fonction du minimum vital et est liée au revenu minimum (*minimalni dohodek*). (Le revenu minimum de base est actuellement fixé à € 261,56). Le revenu minimum de la famille est déterminé en fonction de la structure de la famille.

Le montant de l'aide sociale financière correspond à la différence entre le revenu minimum (de la personne ou de la famille) et le revenu réel (de la personne ou de la famille). La durée de l'aide sociale ne peut excéder trois mois lorsqu'elle est accordée pour la première fois mais elle peut être prolongée à six mois si la situation n'a pas changé. Dans des cas particuliers (femmes âgées de plus de 63 ans ou hommes âgés de plus de 65 ans, ainsi que d'autres circonstances valables) la prestation peut être versée pendant un maximum de 12 mois. Une aide sociale permanente peut être accordée aux personnes qui remplissent les conditions pour une allocation complémentaire.

L'allocation complémentaire est déterminée sur la base de la différence entre l'aide sociale financière (ou le revenu réel) et le seuil. Ce dernier est calculé en ajoutant un certain pourcentage (73% pour le premier adulte et 36% pour le deuxième) au pourcentage de l'aide sociale financière.

Modalités d'accès

Les demandes d'aide sociale financière et d'allocation complémentaire doivent être déposées auprès du Centre de travail social. Les demandes doivent être introduites à l'aide d'un formulaire spécial. Les Centres recueillent les informations, même les informations considérées comme confidentielles, directement de la personne et ex-officio à partir des bases de données maintenues par les organismes et les organisations agréés.

Chapitre XII : Soins de longue durée

Ouverture des droits

Il n'existe pas de régime spécifique d'assurance de soins de longue durée ou de dépendance en Slovénie. Toutefois, une personne dépendante de l'aide d'une tierce personne nécessitant une aide et des services permanents pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne peut prétendre à certaines prestations au titre de plusieurs régimes de sécurité sociale. Par exemple, des droits spéciaux sont prévus dans le cadre des régimes d'assurance pension et invalidité obligatoire, d'assurance maladie obligatoire, d'assurance protection parentale et d'aide sociale.

Allocation de dépendance

Peuvent prétendre à l'allocation de dépendance (*dodatek za pomoč in postrežbo*), les pensionnés (bénéficiaires d'une pension de vieillesse, pension d'invalidité, pension de veuf ou de veuve et pension familiale) ainsi que d'autres personnes dans des cas spécifiques qui sont résidents permanents en Slovénie et qui ont besoin d'une aide permanente afin de répondre à leurs besoins vitaux. Elle peut également être versée aux bénéficiaires de l'aide sociale financière.

Indemnité d'invalidité

L'indemnité d'invalidité (*nadomestilo za invalidnost*) est une protection sociale pour les personnes handicapées, à savoir celles qui souffrent de troubles de développement mental modérés, sévères ou graves et les personnes présentant des déficiences physiques qui sont incapables de vivre et de travailler de façon autonome.

Supplément pour dépendance

Les personnes handicapées qui reçoivent une allocation pour personnes handicapées et qui ne bénéficient pas de pension au titre de l'assurance pension et invalidité obligatoire peuvent prétendre à un supplément pour dépendance (*dodatek za tujo nego in pomoč*). Pour bénéficier de cette prestation en espèces, il faut démontrer la nécessité de l'aide d'une tierce personne pour la totalité (ou la majeure partie) des besoins quotidiens.

Allocation spéciale de soins pour enfants

L'allocation spéciale de soins pour enfants (*dodatek za nego otroka, ki potrebuje posebno nego in varstvo*) est l'une des modalités des prestations familiales. Elle vise à compenser les frais supplémentaires auxquels est confrontée une famille avec un enfant présentant des besoins particuliers.

Compensation partielle de la perte de revenu

La compensation partielle de la perte de revenu (*delno plačilo za izgubljeni dohodek*) s'inscrit également dans le cadre des prestations familiales. Elle est versée à l'un des parents qui cesse de travailler afin de s'occuper d'un enfant ayant des besoins particuliers.

Prestations en nature

L'hospitalisation prolongée est l'une des prestations de longue durée en nature proposée au titre de l'assurance maladie obligatoire. Des aides médicales (orthopédiques, auditives et autres aides destinées aux soins à domicile tels que des lits spéciaux, matériel médical sanitaire, etc.) sont également garanties. Les frais des soins de santé sont couverts intégralement (sans participation de l'assuré) pour les enfants handicapés, certains adultes handicapés et les personnes âgées de plus de 75 ans.

Des soins résidentiels sont proposés en tant que service social par exemple aux personnes âgées. Une personne ayant droit aux soins résidentiels a aussi le droit de choisir un assistant familial (*družinski pomočnik*) à la place. Ce dernier est attribué par le centre de travail social compétent à toute personne handicapée qui a besoin d'aide pour accomplir la totalité des activités de la vie quotidienne et qui reçoit la compensation partielle de la perte de revenu. Des services permettent également les soins prodigués au domicile du bénéficiaire (soins à domicile).

Couverture de l'assurance

L'allocation de dépendance est octroyée aux personnes aveugles ou malvoyantes; aux personnes dont la mobilité est réduite d'au moins 70%; et aux personnes qui ont besoin d'une surveillance constante, si en raison de changements définitifs de leur état de santé, ces personnes ne peuvent exercer tous les (ou la plupart des) actes vitaux car ne peuvent se mouvoir seules, ne peuvent se nourrir elles-mêmes sans aide, s'habiller, se déshabiller, se chausser et se déchausser, assurer leur hygiène personnelle et accomplir les autres actes de base indispensables pour survivre.

Un supplément pour dépendance est accordé aux personnes handicapées incapables d'effectuer tous les (ou la plupart des) actes vitaux de base et ayant besoin de l'aide constante d'une tierce personne.

L'allocation spéciale de soins pour enfants est une prestation en espèces pour un enfant qui a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux et vise à couvrir les frais de subsistance supplémentaires encourus par une famille en raison de la protection et des soins nécessaires pour un tel enfant. Le droit est exercé sur la base de l'avis d'une commission médicale. Cette allocation n'est pas applicable dans les cas où l'enfant est placé dans une institution où il reçoit de façon gratuite des soins s'étalant sur une journée entière.

La compensation partielle de la perte de revenu mensuelle compense la perte de revenu de l'un des parents en raison d'une participation accrue aux soins et à la protection d'un enfant ayant un handicap mental ou physique grave. C'est le cas à la fois lorsque le parent met fin à son contrat de travail ou lorsqu'il continue de travailler seulement à temps partiel. Le niveau de cette compensation est égal au salaire minimum. Si l'un des parents travaille à temps partiel, il a droit à une partie de la prestation.

Les bénéficiaires sont pris en charge conformément à leurs besoins individuels lors de l'octroi des prestations en nature. Le type de soins en établissement (soins I, II, IIIA, IIIB et IV) dépend de l'évaluation individuelle. Par exemple, pour les soins de

catégorie I, la personne doit avoir besoin d'aide dans une mesure moindre (principalement aide et soins de base), alors que les soins de catégorie IV s'adressent aux personnes souffrant de problèmes mentaux graves et chroniques ou de démence et qui ont besoin de soins spéciaux de manière plus ou moins constante.

Modalités d'accès

Les prestations sont accordées dès que le besoin de soins est établi. Les évaluations sont menées par des experts (commissions d'invalidité, médecins, et autres experts). Une commission d'invalidité est composée de médecins, d'experts compétents en matière d'évaluation de l'état de dépendance, plus particulièrement dans le domaine des soins et d'autres experts compétents en matière de sécurité sociale.

Les prestations sont versées tant que l'état de dépendance perdure et que toutes les autres conditions (par exemple, l'âge de l'enfant) sont remplies.

La demande d'allocation de dépendance doit être introduite auprès de l'antenne locale de l'Institut d'assurance pension et invalidité ou auprès du centre de travail social s'il s'agit d'un complément à l'aide sociale financière.

La plupart des autres prestations doivent être demandées auprès du centre local de travail social, notamment, l'allocation spéciale de soins pour enfants, la compensation partielle de la perte de revenu et l'assistant familial.

Le droit à une hospitalisation prolongée doit être établi par le médecin de l'hôpital et le droit à des soins en établissement par le prestataire de ces soins (ou dans certains cas, le centre de travail social).

Annexe: Adresses des institutions et sites internet utiles

Pour les questions en matière de sécurité sociale impliquant plusieurs États membres de l'UE, vous pouvez rechercher les coordonnées des organismes sur le répertoire des institutions de sécurité sociale tenu par la Commission européenne et disponible à l'adresse: [_http://ec.europa.eu/social-security-directory](http://ec.europa.eu/social-security-directory).

De plus amples informations sur les conditions d'ouverture des droits et les prestations individuelles de sécurité sociale en Slovénie sont disponibles auprès des organismes publics gérant le système de protection sociale et des centres régionaux de travail social.

Les demandes de renseignements concernant l'incidence des périodes d'assurance accomplies dans plusieurs États membres sur les pensions doivent être adressées à:

Institut slovène d'assurance maladie

(Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije)

Miklošičeva 24

1000 Ljubljana

Tél: +386 1 30 77 200

Fax: +386 1 43 13 245

E-mail: DI@zzzs.si

<http://www.zzzs.si/>

Institut slovène d'assurance pension et invalidité

(Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije)

Kolodvorska 15

1518 Ljubljana

Tél.: +386 1 47 45 100

Fax: +386 1 43 21 046

E-mail: informacije@zpiz.si

<http://www.zpiz.si/>

Office slovène de l'emploi

(Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje)

Rožna dolina, Cesta IX/6

1000 Ljubljana

Tél: + 386 479-09-00

Fax: + 386 479-02-62

E-mail: info@ess.gov.si

<http://www.ess.gov.si/>

Centre de travail social Ljubljana Bežigrad

(Center za socialno delo Ljubljana Bežigrad)

Unité centrale pour la protection parentale et les prestations familiales

Einspielerjeva ul. 6

1000 Ljubljana

Tél.: +386 1 3001 800

Fax: +386 1 3001 830

E-mail: gpcsd.ce@gov.si

<http://www.csd-lj-bezigrad.si>