|  |  |
| --- | --- |
| **CENTAR ZA SOCIJALNU SKRB ĐURĐEVAC**  **GAJEVA 6, 48350 ĐURĐEVAC**  **048/812-103, fax: 048/812-613** | **Prostor za prijemni pečat:** |
| **DOPLATAK ZA POMOĆ I NJEGU ZA ODRASLU OSOBU**  **ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **1. PODACI O KORISNIKU** | |
| **OIB**  **Ime i prezime /djevojačko prezime**  **Spol**  (izaberite i označite oznakom „X“)  **Ime oca i majke**  **Datum rođenja**  **Mjesto rođenja**  **Broj telefona**  **Adresa prijavljenog prebivališta**  (ulica i broj) (poštanski broj, mjesto)  **Adresa stanovanja** (ulica i broj) (poštanski broj, mjesto)  **Bračni status**  (izaberite i označite oznakom „X“) | |  | | --- | |  |  |  | | --- | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Muški |  | Ženski |  |  |  |  | | --- | |  |  |  | | --- | |  |  |  | | --- | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | kućni | na poslu | mobilni | |  |  |  |  |  | | --- | |  | |  |  |  | | --- | |  | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Neoženjen / neudana |  | Udovac /udovica | |  | Oženjen / udana |  | Izvanbračna zajednica | |  | Formalno životno partnerstvo |  | Razveden/a | |  | Neformalno životno partnerstvo |  | Ostalo | |

**2. DA LI IMATE SKLOPLJEN UGOVOR O DOŽIVOTNOM ILI DOSMRTNOM UZDRŽAVANJU?** *(upisati“x“)*

|  |  |
| --- | --- |
| **NE** |  |
| **DA** |  |

**3. DA LI STE PRAVO NA DOPLATAK ZA POMOĆ I NJEGU OSTVARILI PO NEKOM DRUGOM PROPISU?** *(upisati“x“)*

|  |  |
| --- | --- |
| **NE** |  |
| **DA** |  |

**4. DA LI VAM JE PRIZNATO PRAVO NA OSOBNU INVALIDNINU PO OVOM ZAKONU ILI NEKOM DRUGOM PROPISU ?** *(upisati“x“)*

|  |  |
| --- | --- |
| **NE** |  |
| **DA** |  |

**5. DA LI VAM JE OSIGURAN SMJEŠTAJ U USTANOVI ILI DRUGOM PRUŽATELJU USLUGA SOCIJALNE SKRBI, ZDRAVSTVENOJ ILI DRUGOJ USTANOVI ?** *(upisati“x“)*

|  |  |
| --- | --- |
| **NE** |  |
| **DA** |  |

**6. PODACI O ČLANOVIMA KUĆANSTVA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rbr** | **IME I PREZIME** | **OIB** | **DATUM**  **ROĐENJA** | **ZANIMANJE** | **SRODSTVO** | **STATUS** zaposlen  nezaposlen/a  učenik i dr. | **SPOL** | |
| **M** | **Ž** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |  |  |  |

**7. PRIHODI KUĆANSTVA**

*Molimo popunite podatke, a dokazi će se tražiti ovisno o Nalazu i mišljenju o težini i vrsti invaliditeta-oštećenja funkcionalnih sposobnosti*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rbr.** | **Ime i prezime člana kućanstva koji ostvaruje prihod** | **VRSTA PRIHODA** (navesti koji)  Plaća, mirovina, naknada za nezaposlene, porodna naknada, opskrbnina, uzdržavanje, prihod od poljoprivrede, prihod od imovine, honorarna zarada, prihodi po drugim osnovama | **Mjesečni iznos prihoda** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **UKUPNO** | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RAZLOZI ZA PODNOŠENJE ZAHTJEVA**  *(opisati poteškoće u svakodnevnom funkcioniranju)* |  | |
| **PROBLEMI POKRETLJIVOSTI**  (zaokružiti broj) | **1.** | Pokretan |
| **2.** | Polupokretan |
| **3.** | Nepokretan |
| **4.** | Potpuno ovisan o tuđoj pomoći i njezi |

**8. PODACI O OSOBI KOJA PODNOSI ZAHTJEV U IME KORISNIKA**

*(kad se podnosi zahtjev za drugu osobu)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ime i prezime** |  | | | | |
| **Srodstvo s korisnikom za kojeg podnosite zahtjev**  *(izaberite i označite oznakom „X“)* | roditelj | partner | dijete | skrbnik | drugo |
|  |  |  |  |  |
| **OIB** |  | | | | |
| **Adresa stanovanja podnositelja** |  | | | | |
| **Telefon / mobitel** |  | | | | |

**9. MOLIM DA ISPLATU NAKNADE IZVRŠITE:**

**a)** na tekući račun korisnika IBAN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ otvoren u   
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*naziv banke*

**b)** poštanskom uputnicom na adresu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **IZJAVA**  **Kao podnositelj/ica zahtjeva za priznavanje prava na doplatak za pomoć i njegu izjavljujem da su svi podaci koje sam naveo/la u zahtjevu istiniti, točni i potpuni te da za svoju izjavu preuzimam svu materijalnu i kaznenu odgovornost.**  **Upoznat/a sam:**   * da zbog neistinitih podataka mogu snositi zakonske i druge posljedice. * da sam dužan/na o svim promjenama koje utječu na ostvarivanje prava (prihodi, imovina, broj i status članova kućanstva, promjena prebivališta i sl.) odmah izvijestiti Centar   **Suglasan/a sam da:**   * Suglasan/na sam da se informacije koje sam pružio/la koriste u postupku rješavanja mog zahtjeva te ovlašćujem Centar da iste ima pravo provjeravati, obrađivati, čuvati i koristiti za druge svrhe u djelokrugu rada ovog Centra ili ministarstva nadležnog za poslove socijalne skrbi te, prema potrebi, pružati i drugim državnim tijelima u skladu sa zakonom |

***U Đurđevcu,*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* ***Potpis podnositelja zahtjeva***

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Dokumentacija potrebna za ostvarivanje prava:**

|  |
| --- |
| 1. **Preslika osobne iskaznice i dokument s OIB-om** 2. **Preslika medicinske dokumentacije kojom se objektiviziraju bolesna stanja** ( nalazi specijalističkih pregleda, otpusna pisma, povijesti bolesti i sl.) 3. **Preslika Nalaza i mišljenja prethodno provedenih vještačenja** ( vezano uz prava iz ovog ili drugih sustava ) 4. **Uvjerenje iz katastra –** KATASTAR 5. **Izvadak iz zemljišnoknjižnog uloška – GRUNTOVNICA** **ILI KUPOPRODAJNI UGOVORI** ukoliko upis nije izvršen 6. **Potvrda o IBAN-u -** u slučaju isplate na račun |