|  |  |
| --- | --- |
| **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** zaposlennezaposlen/aučenik 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
 |