

CENTAR ZA SOCIJALNU SKRB
ĐURĐEVAC
GAJEVA 6, 48350 ĐURĐEVAC

048/812-103, fax: 048/812-613

Prostor za prijemni pečat:

OSOBNA INVALIDNINA ZA ODRASLU OSOBU ZAHTEJ ZA PRIZNAVANJE PRAVA

1. PODACI O KORISNIKU

OIB	<input type="text"/>		
Ime i prezime /djevojačko prezime	<input type="text"/>		
Spol (izaberite i označite oznakom „X“)	Muški <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ženski <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ime oca i majke	<input type="text"/>		
Datum rođenja	<input type="text"/>		
Mjesto rođenja	<input type="text"/>		
Broj telefona	kućni <input type="text"/>	na poslu <input type="text"/>	mobilni <input type="text"/>
Adresa prijavljenog prebivališta (ulica i broj) (poštanski broj, mjesto)	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
Adresa stanovanja (ulica i broj) (poštanski broj, mjesto)	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
Bračni status (izaberite i označite oznakom „X“)	<input type="checkbox"/> Neoženjen / neudana	<input type="checkbox"/> Udovac /udovica	<input type="checkbox"/> Oženjen / udana
	<input type="checkbox"/> Oženjen / udana	<input type="checkbox"/> Izvanbračna zajednica	<input type="checkbox"/> Formalno životno partnerstvo
	<input type="checkbox"/> Formalno životno partnerstvo	<input type="checkbox"/> Razveden/a	<input type="checkbox"/> Neformalno životno partnerstvo
	<input type="checkbox"/> Neformalno životno partnerstvo	<input type="checkbox"/> Ostalo	<input type="checkbox"/>
Da li ste trenutno korisnik nekog drugog novčanog prava u CZSS?	Ne <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Da <input type="checkbox"/>	Dolje navedite kojeg prava	
		<input type="text"/>	
		<input type="text"/>	
Stručna sprema	<input type="text"/>		
Zanimanje	<input type="text"/>		
Radni status (izaberite i označite oznakom „X“)	Zaposlen/a (ako DA, navesti gdje):		
	<input type="checkbox"/> Nezaposlen/a (radno sposoban/na)	<input type="checkbox"/> Umirovljenik/ica	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Kućanica	<input type="checkbox"/> Ostalo	<input type="checkbox"/>

2. DA LI STE PRAVO NA OSOBNU INVALIDNINU OSTVARILI PO NEKOJ DRUGOJ OSNOVI? (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. PODACI O ČLANOVIMA KUĆANSTVA

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

5. PODACI O OBVEZNICIMA UZDRŽAVANJA (zakonski i drugi):

R.br.	IME I PREZIME	SRODSTVO	ADRESA OBVEZNIKA
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

6. PRIHODI KORISNIKA

VRSTA PRIHODA (navesti koji) mirovina, naknada za nezaposlene, porodna naknada, opskrbnina, uzdržavanje, prihod od poljoprivrede, prihod od imovine, prihodi po drugim osnovama	Mjesečni iznos prihoda

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

DA LI JE RANIJE PROVEDENO VJEŠTAČENJE?	Ne		Ako da, kada i gdje je provedeno?
	Da		

7. 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 <i>(izaberite i označite oznakom „X“)</i>	roditelj	partner	dijete	skrbnik	drugo
OIB					
Adresa stanovanja podnositelja					
Telefon / mobitel					

8. MOLIM DA ISPLATU NAKNADE IZVRŠITE:

- a) na tekući račun korisnika IBAN _____ otvoren u

naziv banke
- b) poštanskom uputnicom na adresu _____

Napomena:

IZJAVA
<p>Kao podnositelj/ica zahtjeva za priznavanje prava na osobnu invalidninu 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.</p> <p>Upoznat/a sam:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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 <p>Suglasan/a sam da:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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. Kopija 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. Potvrda o IBAN-u - u slučaju isplate na račun