

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

<b>OIB</b>	<input type="text"/>		
<b>Ime i prezime /djevojačko prezime</b>	<input type="text"/>		
<b>Spol</b> (izaberite i označite oznakom „X“)	Muški <input type="checkbox"/>	Ženski <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ime oca i majke</b>	<input type="text"/>		
<b>Datum rođenja</b>	<input type="text"/>		
<b>Mjesto rođenja</b>	<input type="text"/>		
<b>Broj telefona</b>	kućni <input type="text"/>	na poslu <input type="text"/>	mobilni <input type="text"/>
<b>Adresa prijavljenog prebivališta</b> (ulica i broj) (poštanski broj, mjesto)	<input type="text"/>		
<b>Adresa stanovanja</b> (ulica i broj) (poštanski broj, mjesto)	<input type="text"/>		
<b>Bračni status</b> (izaberite i označite oznakom „X“)	<input type="checkbox"/> Neoženjen / neudana	<input type="checkbox"/> Udovac /udovica	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Oženjen / udana	<input type="checkbox"/> Izvanbračna zajednica	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Formalno životno partnerstvo	<input type="checkbox"/> Razveden/a	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Neformalno životno partnerstvo	<input type="checkbox"/> Ostalo	<input type="checkbox"/>

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

NE	<input type="checkbox"/>
DA	<input type="checkbox"/>

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

NE	<input type="checkbox"/>
DA	<input type="checkbox"/>

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

NE	<input type="checkbox"/>
DA	<input type="checkbox"/>

**5. DA LI VAM JE OSIGURAN SMJEŠTAJ U USTANOVU ILI DRUGOM PRUŽATELJU USLUGA SOCIJALNE SKRBI, ZDRAVSTVENOJ ILI DRUGOJ USTANOVU ? (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)	Mjesečni iznos prihoda
		Plaća, mirovina, naknada za nezaposlene, porodna naknada, opskrbnina, uzdržavanje, prihod od poljoprivrede, prihod od imovine, honorarna zarada, prihodi po drugim osnovama	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
<b>UKUPNO</b>			

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

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

*(kad se podnosi zahtjev za drugu osobu)*

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

## 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 uložka – GRUNTOVNICA ILI KUPOPRODAJNI UGOVORI ukoliko upis nije izvršen
6. Potvrda o IBAN-u - u slučaju isplate na račun