

CENTAR ZA SOCIJALNU SKRB ĐURĐEVAC
GAJEVA 6, 48350 ĐURĐEVAC
048/812-103, fax: 048/812-613

Prostor za prijemni pečat:

**ZAHTJEV ZA OSTVARIVANJE PRAVA
NA SOCIJALNE USLUGE ZA ODRASLU OSOBU**

Molimo Vas da pažljivo pročitate i odgovorite na sva pitanja koja se odnose na Vas i članove Vaše obitelji te da uz zahtjev priložite potrebnu dokumentaciju. Oslobođeni ste od plaćanja upravnih pristojbi i troškova postupka.

1. USLUGA KOJU ŽELIMO OSTVARITI (zaokruži broj)

1. POMOĆ U KUĆI

2. BORAVAK

3. ORGANIZIRANO STANOVANJE

4. SMJEŠTAJ

POD MATERIJALNOM I KAZNENOM ODGOVORNOŠĆU DAJEM SLJEDEĆE PODATKE:

2. PODACI O KORISNIKU					
OIB	<input type="text"/>				
Ime i prezime /djevojačko prezime	<input type="text"/>				
Spol (izaberite i označite oznakom „X“)	<table border="1"><tr><td>Muški</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Ženski</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Muški	<input type="checkbox"/>	Ženski	<input type="checkbox"/>
Muški	<input type="checkbox"/>	Ženski	<input type="checkbox"/>		
Ime oca i majke	<input type="text"/>				
Datum rođenja	<input type="text"/>				
Mjesto rođenja	<input type="text"/>				

Broj telefona	kućni	na poslu	mobilni
Adresa prijavljenog prebivališta (ulica i broj) (poštanski broj, mjesto)			
Adresa stanovanja (ulica i broj) (poštanski broj, mjesto)			
Bračni i drugi partnerski status (izaberite i označite oznakom „X“)	<input type="checkbox"/> Neženjen / neudana	<input type="checkbox"/> Udovac /udovica	
	<input type="checkbox"/> Oženjen / udana	<input type="checkbox"/> Izvanbračna zajednica	
	<input type="checkbox"/> Formalno životno partnerstvo	<input type="checkbox"/> Razveden/a	
	<input type="checkbox"/> Neformalno životno partnerstvo	<input type="checkbox"/> Ostalo	
Korisnik živi (izaberite i označite oznakom „X“)	<input type="checkbox"/> Sam		
	<input type="checkbox"/> U obitelji		

3. PODACI O ČLANOVIMA KUĆANSTVA PODNOSITELJA ZAHTJEVA

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

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

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

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

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

6. PRIHODI KORISNIKA I ČLANOVA KUĆANSTVA

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 <i>(opisati poteškoće u svakodnevnom funkcioniranju)</i>		
PROBLEMI POKRETLJIVOSTI - funkcionalna sposobnost korisnika (zaokružiti broj)	1.	Pokretan
	2.	Polupokretan
	3.	Nepokretan
	4.	Potpuno ovisan o tuđoj pomoći i njezi
OBITELJSKI LIJEČNIK	IME LIJEČNIKA	
	BROJ TELEFONA	

POTREBNA JE POMOĆ U ZADOVOLJAVANJU SLJEDEĆIH POTREBA *(zaokružiti)*

1.	Obavljanje osobne higijene	4.	Hranjenje	7.	Briga o liječenju (kontrolni pregledi, uputnice i sl)
2.	Obavljanje higijene prostora u kojem živi	5.	Kretanje	8.	Nabava namirnica / priprema obroka
3.	Oblačenje/svlačenje	6.	Kontrola uzimanja lijekova	9.	Dostava gotovih obroka u kuću

9. PODACI O OSOBI KOJA PODNOSI ZAHTEJ 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					

IZJAVA

Kao podnositelj/ica zahtjeva za priznavanje usluge 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

Potpis podnositelja zahtjeva

U Đurđevcu, _____

Molimo da popunjeni obrazac sa dokumentacijom dostavite nadležnom Centru osobno ili putem pošte. U slučaju potrebe za dodatnim informacijama biti ćete pozvani od strane vašeg socijalnog radnika/ce. Proverite jeste li potpisali obrazac i stavili datum te priložili svu zatraženu dokumentaciju navedenu u privitku zahtjeva.

Dokumentacija potrebna za ostvarivanje prava na socijalne usluge:

- 1. Preslika osobne iskaznice i dokument s OIB-om – uz sve zahtjeve**
- 2. Preslika medicinske dokumentacije kojom se objektiviziraju bolesna stanja (nalazi specijalističkih pregleda, otpusna pisma, povijesti bolesti i sl.) – uz sve zahtjeve**
- 3. Uvjerenje iz katastra - uz zahtjev za:**
 - Pomoć u kući
 - boravak
 - organizirano stanovanje
 - smještaj
- 4. Izvadak iz zemljišnoknjižnog uloška – GRUNTOVNICA ILI KUPOPRODAJNI UGOVORI ukoliko upis nije izvršen - uz zahtjev za:**
 - Pomoć u kući
 - boravak
 - organizirano stanovanje
 - smještaj
- 5. Potvrda o visini dohotka – Porezna uprava – uz zahtjev za:**
 - Pomoć u kući
 - boravak
 - organizirano stanovanje
- 6. Potvrda o ostvarenom prihodu u prethodna tri mjeseca prije mjeseca u kojem je podnesen zahtjev, za sve članove kućanstva (mirovina, plaća, novčana naknada zavoda za zapošljavanje, porodna naknada , prihod od samostalnog rada, primici od imovine uzdržavanje-alimentacija i sl.) - uz zahtjev za:**
 - Pomoć u kući
 - boravak
 - organizirano stanovanje
- 7. Potvrda da nisu korisnici mirovine, za sve radno nesposobne članove kućanstva –uz zahtjev za:**
 - Pomoć u kući
 - boravak
 - organizirano stanovanje
- 8. Potvrda obiteljskog liječnika o kroničnim bolestima u postupku smještaja - uz zahtjev za:**
 - smještaj

