

REPUBLIKA HRVATSKA CENTAR ZA SOCIJALNU SKRB ZADAR	Prostor za prijemni pečat:
--	----------------------------

**ZAHTJEV ZA OSTVARIVANJE PRAVA
NA SOCIJALNU USLUGU
POMOĆI U KUĆI ZA ODRASLE OSOBE**

Molimo Vas da pažljivo pročitate tekst prije popunjavanja i odgovorite na sva pitanja koja se odnose na Vas i članove Vaše obitelji, te da uz zahtjev priložite potrebnu dokumentaciju. U ovom postupku oslobođeni ste od plaćanja upravnih pristojbi i troškova postupka.

POD MATERIJALNOM I KAZNENOM ODGOVORNOŠĆU DAJEM SLIJEDEĆE PODATKE:

1. PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA:

IME			
PREZIME (djevojačko prezime)			
IME OCA I MAJKE			
DATUM ROĐENJA			
MJESTO ROĐENJA			
SPOL	<input type="checkbox"/> Muški	<input type="checkbox"/> Ženski	
BROJ OSOBNE ISKAZNICE			
OIB			
ADRESA PREBIVALIŠTA			
ADRESA BORA VIŠTA			
TELEFON	kućni	mobilni	

DA LI STE KORISNIK DRUGIH PRAVA ILI SOCIJALNIH USLUGA U OVOM CENTRU?	<input type="checkbox"/> NE			
	<input type="checkbox"/> DA (navesti kojih)			
BRAČNI STATUS	<input type="checkbox"/>	neoženjen/neudana	<input type="checkbox"/>	izvanbračna zajednica
	<input type="checkbox"/>	oženjen/udana	<input type="checkbox"/>	razveden/a
	<input type="checkbox"/>	udovac/ica	<input type="checkbox"/>	ostalo
STRUČNA SPREMA				
ZANIMANJE				
KORISNIK ŽIVI	sam	u obitelji		

2. PODACI O ČLANOVIMA KUĆANSTVA PODNOSITELJA ZAHTJEVA:

R. br.	IME I PREZIME	DATUM ROĐENJA	OIB	SRODSTVO	STATUS zaposlen/a, nezaposlen/a učenik/ica , student umirovljenik i drugo	SPOL	
						M	Ž
1.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. PODACI O OBVEZNICIMA UZDRŽAVANJA:

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

DA LI IMATE SKLOPLJEN UGOVOR O DOŽIVOTNOM ILI DOSMRTNOM UZDRŽAVANJU ?

DA NE

4. PRIHODI KORISNIKA I ČLANOVA KUĆANSTVA

	IME I PREZIME ČLANA KUĆANSTVA KOJI OSTVARUJE PRIHOD	VRSTA PRIHODA (navesti koji) Plaća, mirovina, naknada za nezaposlene, porodna naknada, uzdržavanje, prihod od poljoprivrede, prihod od imovine, drugi prihodi	MJESEČNI IZNOS PRIHODA
1.			
2.			
3.			
4.			
UKUPNO			

5. IMOVINSKI STATUS KORISNIKA I ČLANOVA KUĆANSTVA:

STAMBENI STATUS	<input type="checkbox"/> vlastita kuća ili vlastiti stan
	<input type="checkbox"/> zaštićeni najmoprimac
	<input type="checkbox"/> podstanar
	<input type="checkbox"/> bespravno korištenje stana / kuće
	Ostalo /
NEKRETNINE U VLASNIŠTVU KORISNIKA	<input type="checkbox"/> kuća ili stan u vlasništvu /suvlasništvu u kojoj živite
	<input type="checkbox"/> kuća ili stan u vlasništvu /suvlasništvu u kojoj ne živite
	<input type="checkbox"/> kuća za odmor
	<input type="checkbox"/> poslovni prostor <input type="checkbox"/> zemljište <input type="checkbox"/> ostalo
DA LI STE OTUĐIVALI NEKRETNINU/E	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
AKO DA, KOJU I KADA	
VRIJEDNOST OTUĐENE NEKRETNINE U KUNAMA	
UŠTEDEVINA I IZNOS	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE

6. PRIHODI KOJE KORISNIK OSTVARUJE PO DRUGOJ OSNOVI:

INVALIDNINA , NAKNADA ZA TJELESNO OŠTEĆENJE I SL.	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
PRIPOMOĆ UMIROVLJENICIMA	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
RENTA	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
PRIHOD OD OBVEZNIKA UZDRŽAVANJA	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
UKUPNO MJESEČNO:			

7. ZDRAVSTVENO STANJE KORISNIKA (navesti vrstu bolesti)

8. NADLEŽNA ZDRAVSTVENA USTANOVA (naziv i adresa ustanove)

9. NADLEŽNI LIJEČNIK (ime liječnika i broj telefona)

10. RAZLOZI ZA PODNOŠENJE ZAHTJEVA (Opisati poteškoće u svakodnevnom funkcioniranju)

11. FUNKCIONALNA SPOSOBNOST KORISNIKA:

a.) POKRETAN	b.) POLUPOKRETAN	c.) NEPOKRETAN
d.) POTPUNO OVISAN O POMOĆI DRUGE OSOBE		

12. POTREBA POMOĆI U ZADOVOLJAVANJU SLJEDEĆIH POTREBA (zaokružiti)

1.	Održavanje osobne higijene	4.	Hranjenje	7.	Kretanje i socijalni kontakti
2.	Obavljanje kućanskih poslova	5.	Dostava namirnica	8.	Kontrola uzimanja lijekova
3.	Oblačenje/svlačenje	6.	Priprema obroka	9.	Briga o liječenju (kontrolni pregledi, uputnice i sl.)

13. PODACI O OSOBI KOJA PODNOSI ZAHTJEV U IME KORISNIKA:**(kada se podnosi zahtjev za drugu osobu)**

IME I PREZIME					
SRODSTVO SA KORISNIKOM ZA KOJEG PODNOSITE ZAHTJEV	roditelj	partner	dijete	skrbnik	drugo
ADRESA STANOVANJA					
TELEFON	kućni	na poslu	mobilni		

Napomena:

Svojim potpisom potvrđujem da su svi podaci navedeni u zahtjevu u cijelosti točni.

Upoznat 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/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 djelokrug rada Centra ili ministarstva nadležnog za poslove socijalne skrbi, te prema potrebi pružati i drugim državnim tijelima u skladu sa zakonom.

Datum _____

Potpis podnositelja _____

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

Dokumentacija potrebna za ostvarivanje prava na socijalne usluge:

1. Preslika osobne iskaznice
2. Rodni list (preslika)
3. Uvjerenje Mirovinsko-invalidskog osiguranja o visini mirovine prethodna tri mjeseca prije podnošenja zahtjeva ili (odresci od mirovinskih primanja) za sve članove kućanstva
4. Uvjerenje Ureda državne uprave zad. županije, Služba za društvene djelatnosti da li je netko od odraslih članova kućanstva korisnik bilo kojeg vida pomoći po Zakonu o zaštiti vojnih i civilnih invalida rata
5. Potvrda o visini dohotka iz Porezne uprave – za sve članove kućanstva
6. Potvrda porezne uprave o prometu nekretnina i drugih vrijednosti prometu nekretnina
7. Izvadak iz zemljišnih knjiga (Općinski sud) iz mjesta prebivališta i mjesta rođenja
8. Potvrda Općinskog suda da li osoba za koju se traži usluga ima/nema sklopljen ugovor o doživotnom ili dosmrtnom uzdržavanju
9. Potvrdu obiteljskog liječnika s primarnim dijagnozama i mišljenjem o potrebi pomoći i njege druge osobe
10. Medicinska dokumentacija o primarnoj bolesti (noviji specijalistički nalazi , otpusna pisma i sl.)