

<b>REPUBLIKA HRVATSKA</b> <b>CENTAR ZA SOCIJALNU SKRB</b> <b>ZADAR</b>	Prostor za prijemni pečat:
<b>Zahtjev za Osobnu invalidninu</b>	

Molimo pročitajte cijeli tekst prije popunjavanja radi boljeg uvida u tražene informacije, što će Vam pomoći kod ispunjavanja zahtjeva.

Molimo da odgovorite na sva pitanja u obrascu koja se odnose na Vas ili članove Vaše obitelji te da dostavite sve dokumente koje tražimo.

Ukoliko to ne učinite, nećemo biti u mogućnosti provesti postupak odobrenja prava na osobnu invalidninu.

### 1 OSOBNI PODACI O OSOBI ZA KOJU SE PODNOSI ZAHTJEV

Identifikacijski broj (OIB. / JMBG.)	<input type="text"/>
Ime	<input type="text"/>
Prezime /djevojačko prezime	<input type="text"/>
Ime oca i majke	<input type="text"/>
Datum rođenja	<input type="text"/>
Mjesto rođenja	<input type="text"/>
Državljanstvo	<input type="text"/>
Adresa prijavljenog prebivališta (ulica, broj, poštanski broj, mjesto)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Adresa trenutnog boravišta (ulica, broj, poštanski broj, mjesto)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Da li ste trenutno korisnikom prava na osobnu invalidninu po drugoj osnovi	Ne <input type="checkbox"/>
	Da <input type="checkbox"/> Dolje navedite kojeg prava
	<input type="text" value="1.Ured državne uprave – služba za društvene djelatnosti"/>

Da li ste trenutno korisnikom novčanih i drugih prava u Centru za socijalnu skrb	2.MHBDR – Odsjek za hrvatske branitelje			
	Ne	<input type="checkbox"/>	Dolje navedite kojeg prava	
	Da	<input type="checkbox"/>		
	<input type="text"/>			
Da li ste bili korisnikom novčanih prava u Centru za socijalnu skrb	Dolje navedite kojeg prava			
	Ne	<input type="checkbox"/>	Dolje navedite kojeg prava	
	Da	<input type="checkbox"/>		
	<input type="text"/>			
Broj telefona na koji vas je moguće kontaktirati	<input type="text"/>			
Bračni status (izaberite nešto od ponuđenog i označite oznakom „X“ )	<input type="checkbox"/>	Samac	<input type="checkbox"/>	Živom s partnerom
	<input type="checkbox"/>	Oženjen/udana	<input type="checkbox"/>	Razdvojen/a
	<input type="checkbox"/>	Udovac/ica	<input type="checkbox"/>	Razveden/a
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

## 2 PODACI O ČLANOVIMA OBITELJI

Popunjava samo osoba koja nije samac. Dužni ste navesti bračnog ili izvanbračnog druga, djecu i druge srodnike koji sa vama žive u zajedničkom kućanstvu.

	Ime i prezime:	Datum rođenja:	Srodstvo sa podnositeljem zahtjeva:	Državljanstvo/Nacionalna pripadnost
1.				
2.				
3.				
4.				

## 3 PODACI O PRIHODIMA

Dolje navedenu tablicu popunjava podnositelj zahtjeva, a podaci se odnose na podnositelja zahtjeva za osobnu invalidninu. Napominjemo da se po Zakonu o socijalnoj skrbi u prihode ne uračunavaju: *pomoć za podmirenje troškova stanovanja, najniža mirovina ostvarena za 40 godina mirovinskog staža, ortopedski dodatak, doplatak za djecu, sredstva za uzdržavanje koje dijete ostvaruje na temelju propisa o obiteljskim odnosima* te ih nije potrebno navoditi.

	Ime i prezime osobe koja ostvaruje prihod:	Osobna i obiteljska mirovina	Prosječni iznos prihoda (navesti cca.)
1.			
2.			

#### 4 PODACI O STANJU VLASNIŠTVA NA NEKRETNINAMA I POKRETNIMNAMA VEĆE VRIJEDNOSTI

Tablicu popunjava podnositelj zahtjeva, podaci se odnose na podnositelja zahtjeva za osobnom invalidninom. Tablica se popunjava samo ako podnositelj zahtjeva za osobnom invalidninom ima u vlasništvu ili suvlasništvu nekretnine i pokretnine veće vrijednosti.

	Ime i prezime osobe koja posjeduje nekretnine ili pokretnine:	Navesti nekretnine ( npr. kuća, stan, građevinsko zemljište, poljoprivredno zemljište...itd.) i pokretnine veće vrijednosti (npr. ušteđevina)
1.		
2.		
3.		

#### 5 TEŠKOĆE U SVAKODNEVNOM FUNKCIONIRANJU ZBOG KOJIH NE MOŽE SAMOSTALNO IZVODITI AKTIVNOSTI PRIMJERENE ŽIVOTNOJ DOBI PODNOSITELJA ZAHTJEVA ZA OSOBNOM INVALIDNINOM Zaokružite broj ispred istinite tvrdnje.

1. Nesposobnost samostalnog kretanja niti uz ortopedska pomagala (štake, hodalica, kolica i dr.)
2. Hranjenje putem sonde ili gastrostome
3. Nemogućnost samostalnog održavanja osobne higijene i obavljanja fizioloških potreba
4. Nemogućnost samostalnog svlačenja i oblačenja
5. Nemogućnost primanja i pamćenja raznih informacija i nesposobnost uspostavljanja socijalnih odnosa s drugim osobama, što ju čini potpuno ovisnom o brizi druge osobe
6. Promjene osobnosti u ponašanju i u reakcijama s progresivnim oštećenjem u intelektualnom, emocionalnom i socijalnom funkcioniranju uz potpunu ovisnost o brizi druge osobe

#### 6 OŠTEĆENJE ZDRAVLJA PODNOSITELJA ZAHTJEVA ZA OSOBNOM INVALIDNINOM (zaokružite istinitu tvrdnju)

- TJELESNO OŠTEĆENJE
- MENTALNO OŠTEĆENJE
- PSIHIČKA BOLEST
- PROMJENE U ZDRAVSTVENOM STANJU

#### 7 DA LI JE RANIJE PROVEDENO VJEŠTAČENJE? (zaokružite istinitu tvrdnju)

- DA
- NE

**AKO DA MOLIMO NAVEDITE KADA I GDJE JE PROVEDENO**

---

## 8 POTREBNA DOKUMENTACIJA ZA DONOŠENJE ODLUKE O ODOBRAVANJU PRAVA NA OSOBNU INVALIDNINU

Molimo da nam dostavite svu potrebnu dokumentaciju koju navodimo u popisu koji slijedi. Također molimo da zaokružite broj ispred dokumenta koji prilažete uz ovaj zahtjev.

1. **Preslika osobne iskaznice**
2. **Rodni list,**
3. **Potvrda o primanjima u prethodna tri mjeseca** (osobna mirovina, naknada za nezaposlene, naknade za žrtve rata i dr.)
4. **Izvadak iz zemljišnih knjiga** - stanje vlasništva unazad pet godina
5. **Preslika ( fotokopija )medicinske dokumentacija o primarnoj bolesti**
6. **Liječnička svjedodžba obiteljskog liječnika s primarnim dijagnozama i mišljenjem o potpunoj ovisnosti o brizi druge osobe**

<b>Izjava</b> Suglasan/na sam da		
<ul style="list-style-type: none"><li>• će se informacije koje sam pružio/la koriste u postupku rješavanja mog zahtjeva te ovlašćujem centar da iste ima pravo provjeravati, obrađivati, čuvati i koristiti i 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.</li></ul>		
Izjavljujem da su informacije koje sam dao/la u ovome obrascu istinite i potpune .	Potpis:	Potpis zastupnika (u koliko korisnik ne može potpisati)
	Datum:	Datum: