

**CENTAR ZA SOCIJALNU SKRB
SLAVONSKI BROD**

**ZAHTJEV ZA OSTVARIVANJE PRAVA
NA SOCIJALNE USLUGE - POMOĆI U KUĆI**

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 ODGOVORNOSTU 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 ili JMBG			
ADRESA PREBIVALIŠTA			
ADRESA BORAVIŠTA			
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	MJESTO ROĐENJA	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 (djeca, bračni drug):

	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 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:			

5. NADLEŽNA ZDRAVSTVENA USTANOVA I IME LIJEČNIKA (naziv i adresa ustanove)

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

7. FUNKCIONALNA SPOSOBNOST KORISNIKA:

a.) POKRETAN	b.) TEŽE POKRETAN	c.) NEPOKRETAN
d.) POTPUNO OVISAN O TUĐOJ POMOĆI I NJEZI		

8. POTREBA POMOĆI U ZADOVOLJAVANJU SLJEDEĆIH POTREBA (zaokružiti)

1.	Organiziranje prehrane (priprema ili nabava i dostava gotovih obroka)	2.	Obavljanje kućnih poslova (dostava namirnica, pomoć u pripremi obroka, pospremanje i sl.)
3.	Održavanje osobne higijene (pomoć u svlačenju i oblačenju, kupanju i dr.)	4.	Uređenje okućnice i tehnički poslovi u domu korisnika

9. 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 mojeg zahtjeva, te ovlašćujem Centar da iste ima pravo provjeravati, obrađivati, čuvati i koristiti za druge svrhe u djelokrugu rada Centra ili ministarstva nadležnog za poslove socijalne skrbi, te prema potrebi pružati i drugim državnim tijelima u skladu sa zakonom.

Datum _____

Potpis podnositelja _____

DOKUMENTACIJA POTREBNA ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA SOCIJALNU
USLUGU - POMOĆI U KUĆI

1. PRESLIKA OSOBNIH ISKAZNICA (ZA SVE ČLANOVE OBITLJI),
2. RODNI LIST KORISNIKA,
3. POTVRDA O VISNI DOHOTKA (ZA SVE PUNOLJETNE ČLANOVE OBITELJI –
POREZNA UPRAVA),
4. ODRESCI ILI POTVRDE O PRIMANJIMA U PRETHODNA 3 MJESECA ZA
SVE ČLANOVE OBITLJI KOJI IMAJU PRIHOD (mirovine, plaće, naknade za
bolovanje, novčana naknada za nezaposlene i dr.),
5. POTVRDA HRVATSKOG ZAVODA ZA MIROVINSKO OSIGURANJE DA
KORISNIK NEMA MIROVINU ILI NEKO DRUGO PRAVO IZ MIROVINSKOG
SUSTAVA,
6. ZK – IZVADAK (grunтовni izvadak) ili POTVRDA DA KORISNIK NEMA
NEKRETNINE (Općinski sud - Grunтовnica),
7. PRESLIKA MEDICINSKE DOKUMENTACIJE ILI POTVRDA LIJEČNIKA
OBITELJSKE MEDICINE O PRIMARNOJ BOLESTI.