

**CENTAR ZA SOCIJALNU SKRB
OGULIN**

**ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA
NA OSOBNU INVALIDNINU 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 BORAVIŠTA			
TELEFON	kućni	na poslu	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			
RADNI STATUS	<input type="checkbox"/> zaposlen/a (ako DA navesti gdje)		
	<input type="checkbox"/> nezaposlen/a (radno sposoban/na)		
	<input type="checkbox"/> umirovljenik/ica	<input type="checkbox"/> kućanica	<input type="checkbox"/> ostalo

2. PODACI O OSOBI ZA KOJU SE PODNOSI ZAHTJEV:

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 BORAVIŠTA			
TELEFON	kućni	na poslu	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			
RADNI STATUS	<input type="checkbox"/> zaposlen/a (ako DA navesti gdje)		
	<input type="checkbox"/> nezaposlen/a (radno sposoban/na)		
	<input type="checkbox"/> umirovljenik/ica	<input type="checkbox"/> kućanica	<input type="checkbox"/> ostalo

3. 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 sl.	SPOL	
						M	Ž
1.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. 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

DA LI STE OSTVARILI PRAVO NA DOPLATAK ZA POMOĆ I NJEGU ILI OSOBNU INVALIDNINU PO DRUGOJ OSNOVI?

DA NE

5. PRIHODI KUĆANSTVA

	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, drugi prihodi	MJESEČNI IZNOS PRIHODA
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
UKUPNO			

6. IMOVNO STANJE KUĆANSTVA:

DA LI IMATE U VLASNIŠTVU REGISTRIRANO OSOBNO VOZILO ?

DA NE

STAMBENI STATUS	<input type="checkbox"/> kuća u vlasništvu/suvlasništvu	
	<input type="checkbox"/> stan u vlasništvu/suvlasništvu	
	<input type="checkbox"/> u kući/stanu roditelja	
	<input type="checkbox"/> zaštićeni najmoprimac	
	<input type="checkbox"/> podstanar	
NAČIN GRIJANJA	<input type="checkbox"/> bespravno korištenje stana/kuće	<input type="radio"/> Drugo
	<input type="checkbox"/> centralno	<input type="checkbox"/> drugo
VRSTA ENERGENTA	<input type="checkbox"/> drvo, ugljen	
	<input type="checkbox"/> električna energija	
	<input type="checkbox"/> plin	
	<input type="checkbox"/> ostalo	

KOMUNALNA INFRASTRUKTURA	<input type="checkbox"/> instalacije električne energije
	<input type="checkbox"/> priključak na vodovodnu mrežu
	<input type="checkbox"/> odvodnja (kanalizacija)
	<input type="checkbox"/> odvoz kućnog otpada (smeća)
NEKRETNINE U VLASNIŠTVU KORISNIKA ILI ČLANOVA OBITELJI	<input type="checkbox"/> kuća ili stan u vlasništvu/suvlasništvu u kojoj živite
	<input type="checkbox"/> kuća 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 UŠTEDEVINE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE

7. OSTVARENI PRIHODI PO DRUGIM OSNOVAMA :

	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	MJESEČNI IZNOS
DOPLATAK ZA DJECU	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
SUBVENCIJE TROŠKOVA STANOVANJA	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
INVALIDNINE , NAKNADE ZA TJELESNO OŠTEĆENJE I SL.	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
PRIPOMOĆ UMIROVLJENICIMA	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
STIPENDIJA	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
DONACIJA ILI DRUGO	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
UKUPNO:			

RAZLOZI ZA PODNOŠENJE ZAHTJEVA (Opisati poteškoće u svakodnevnom funkcioniranju)

PROBLEMI POKRETLJIVOSTI :

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

DA LI JE RANIJE PROVEDENO VJEŠTAČENJE?

- DA
- NE
- AKO DA MOLIMO DA NAVEDETE KADA I GDJE JE PROVEDENO**

POTREBA POMOĆI U ZADOVOLJAVANJU SLJEDEĆIH POTREBA (zaokružiti)

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

8. MOLIM DA mi osobnu inavidninu isplaćujete na moj račun otvoren kod (navesti naziv, adresu banke i broj tekućeg računa)

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 mogeg 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 _____

Molimo da popunjeni obrazac sa dokumentacijom dostavite Centru 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 privitku zahtjeva.

Dokumentacija potrebna za ostvarivanje prava na osobnu invalidninu:

1. Preslika osobne iskaznice ili Uvjerenje o prebivalištu
2. Uvjerenje da osoba nije korisnik mirovine (ako ju ne ostvaruje)
3. Potvrda o ostvarenom prihodu u zadnja tri mjeseca (mirovina, plaća, i dr.)
4. Kopije medicinske dokumentacije (nalazi, otpusna pisma, povijesti bolesti i sl.)
5. Ispunjena liječnička potvrda
6. Preslika tekućeg računa (ako korisnik želi isplatu na račun)
7. Uvjerenje iz katastra
8. Izvod iz zemljišne knjige
9. Uvjerenje Upravnog odjela za hrvatske branitelje i zdravstvo (Ured državne uprave u Karlovačkoj županiji, Ispostava Ogulin, B. Frankopana 11) da osoba nije korisnik doplatka za pomoć i njegu ili osobne invalidnine po drugoj osnovi
10. Izvod prometa po svim otvorenim računima (tekući, žiro, štednje, oročenja i sl.) za sve članove kućanstva za posljednjih godinu dana.

LIJEČNIČKA POTVRDA

Ime i Prezime

Datum i mjesto rođenja

1. ADRESA STANOVANJA: _____

2. DIJAGNOZE: _____

3. BOLUJE LI OSOBA OD DUŠEVNIH ILI ZARAZNIH BOLESTI, AKO DA OD KOJIH: _____

4. TERAPIJA:

5. KONTINENCIJA: a) kontinantan b) inkontinantan

6. POKRETLJIVOST: a) potpuna b) djelomična c) nepokretan

7. PSIHIČKI STATUS: a) orijentiran b) djelomično orijentiran c) neorijentiran

8. POMOĆ I NJEGA DRUGE OSOBE: a) nije potrebna

b) djelomično potrebna

c) potrebna u cjelosti (kakva) _____

9. MEDICINSKA POMOĆ: a) nije potrebna

b) potrebna (kakva) _____

10. DIJETNA PREHRANA:) nije potrebna

b) potrebna (kakva) _____

11. NAPOMENA: _____

12. IME I PREZIME ODABRANOG LIJEČNIKA I BROJ TELEFONA:

MJESTO I DATUM

FAKSIMIL I POTPIS

ime i prezime

adresa

datum

ZAHTJEV ZA NAKNADU ZA UGROŽENOG KUPCA ENERGENATA

Korisnik sam prava na zajamčenu minimalnu naknadu/osobnu invalidninu. Obzirom na navedeno molim da mi se izvršnošću rješenja o priznavanju navedenog prava prizna pravo na naknadu za ugroženog kupca energenata.

potpis podnositelja zahtjeva