

**CENTAR ZA SOCIJALNU SKRB
OGULIN**

ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA STATUS NJEGOVATELJA

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 UVJETIMA ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA STATUS NJEGOVATELJA

Potrebno je zaokružiti točne tvrdnje (DA ili NE):

Ispunjava podnositelj zahtjeva za status njegovatelja:

Da li ste nezaposleni? DA NE

Da li ste zaposleni/samozaposleni? DA NE

Da li ste korisnik mirovine? DA NE

Ako da, zaokružite točnu tvrdnju

a) korisnik obiteljske mirovine DA NE

b) korisnik invalidske mirovine zbog profesionalne nesposobnosti za rad DA NE

c) korisnik invalidske mirovine zbog opće nesposobnosti za rad DA NE

d) korisnik prijevremene starosne mirovine DA NE

e) korisnik starosne mirovine DA NE

Da li je podnositelj zahtjeva u mogućnosti osobi s invaliditetom zbog svojeg psihofizičkog stanja, pružati potrebnu njegu? DA NE

Da li je osobu s invaliditetom moguće uključiti u programe boravka gdje mu je osigurana usluga pomoći i njege? DA NE

Da li je odrasloj osobi priznat smještaj ili boravak za vrijeme kojeg mu je osigurana usluga pomoći i njege? 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	

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**

MOLIM DA PRAVO ISPLAĆUJETE NA MOJ TEKUĆI RAČUN

(navesti naziv banke i broj računa)

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.)

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 prilogu zahtjeva.

1. Preslika osobne iskaznice ili Uvjerenje o prebivalištu
2. Uvjerenje da osoba nije korisnik mirovine (ako je 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. Preslika tekućeg računa (ako korisnik želi isplatu na račun)
6. OIB za sve članove kućanstva.
7. Liječničko uvjerenje da je podnositelj sposoban pružati potrebnu pomoć i njegu osobi s invaliditetom odnosno da ne boluje od bolesti koje bi ga u tome sprječavale

