

**CENTAR ZA SOCIJALNU SKRB  
OGULIN**

**Vijenac I. Marinkovića 1, Ogulin**

**ZAHTJEV ZA OSTVARIVANJE PRAVA  
NA SOCIJALNE USLUGE ZA ODRASLU OSOBU**

**Molimo Vas da pažljivo pročitate tekst prije popunjavanja i odgovorite na sva pitanja koja se odnose na Vas i članove Vašeg kućanstva.**

**Molimo Vas da uz zahtjev priložite potrebnu dokumentaciju s popisa koji je sastavni dio ovog obrasca.**

**U ovom postupku oslobođeni ste od plaćanja upravnih pristojbi i troškova postupka.**

**USLUGA KOJE SE TRAŽI: (molimo zaokružiti )**

- 1. USLUGA SAVJETOVANJA I POMAGANJA**
- 2. USLUGA POMOĆI U KUĆI**
- 3. USLUGA PSIHOCIJALNE PODRŠKE**
- 4. USLUGA BORAVKA**
- 5. USLUGA SMJEŠTAJA**
- 6. USLUGA ORGANIZIRANOG STANOVANJA**

**POD MATERIJALNOM I KAZNENOM ODGOVORNOSTU DAJEM SLIJEDEĆE PODATKE:**

**1. PODACI O OSOBI ZA KOJU SE TRAŽI PRIZNAVANJE PRAVA:**

|                              |                                |                                 |             |
|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------|
| IME                          |                                |                                 |             |
| PREZIME (djevojačko prezime) |                                |                                 |             |
| IME OCA I MAJKE              |                                |                                 |             |
| DATUM I MJESTO ROĐENJA       |                                |                                 |             |
| SPOL                         | <input type="checkbox"/> Muški | <input type="checkbox"/> Ženski |             |
| BROJ OSOBNE ISKAZNICE        |                                |                                 |             |
| OIB ili JMBG                 |                                |                                 |             |
| ADRESA PREBIVALIŠTA          |                                |                                 |             |
| ADRESA BORAVIŠTA             |                                |                                 |             |
| TELEFON                      | kućni                          | mobilni                         | mail adresa |
|                              |                                |                                 |             |

|  |                                       |                   |                       |
|--|---------------------------------------|-------------------|-----------------------|
| DA LI STE KORISNIK DRUGIH PRAVA U OVOM CENTRU? | <input type="checkbox"/> NE           |                   |                       |
|  | <input type="checkbox"/> DA<br>Kojih? |                   |                       |
| BRAČNI STATUS                                  | <input type="checkbox"/>              | neoženjen/neudana | razveden/a            |
|  | <input type="checkbox"/>              | oženjen/udana     | izvanbračna zajednica |
|  | <input type="checkbox"/>              | udovac/ica        | ostalo                |
| STRUČNA SPREMA                                 |                                       |                   |                       |
| ZANIMANJE                                      |                                       |                   |                       |
| KORISNIK ŽIVI                                  | sam                                   | u obitelji        |                       |

**2. PODACI O ČLANOVIMA KUĆANSTVA:**

| R. br. | IME I PREZIME I OIB | DATUM ROĐENJA | MJESTO ROĐENJA | SRODSTVO | STATUS<br>zaposlen/a, nezaposlen/a<br>učenik/ica , student<br>umirovljenik<br>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"/> |
| 4.     |                     |               |                |          |   |                          |                          |
| 5.     |                     |               |                |          |   |                          |                          |

**3. PRIHODI KORISNIKA/PODNOŠITELJA ZAHTJEVA I ČLANOVA KUĆANSTVA**

|               | IME I PREZIME ČLANA<br>KUĆANSTVA KOJI OSTVARUJE<br>PRIHOD | VRSTA PRIHODA (navesti koji)<br>Plaća, mirovina, naknada za nezaposlene, porodna<br>naknada, opskrbnina, uzdržavanje, prihod od<br>poljoprivrede, prihod od imovine, drugi prihodi | MJESEČNI IZNOS<br>PRIHODA |
|---------------|---|--|---------------------------|
| 1.            |   |  |                           |
| 2.            |   |  |                           |
| 3.            |   |  |                           |
| 4.            |   |  |                           |
| 5.            |   |  |                           |
| <b>UKUPNO</b> |   |  |                           |

**4. PODACI O OBVEZNICIMA UZDRŽAVANJA:**

|    | IME I PREZIME, OIB | SRODSTVO | ADRESA OBVEZNIKA |
|----|--------------------|----------|------------------|
| 1. |                    |          |                  |
| 2. |                    |          |                  |
| 3. |                    |          |                  |
| 4. |                    |          |                  |
| 5. |                    |          |                  |

**DA LI IMATE SKLOPLJEN UGOVOR O DOŽIVOTNOM ILI DOSMRTNOM UZDRŽAVANJU ?** DA NE

**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"/> ostalo                          |
| 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 |  |
| PRIHOD OD OBVEZNIKA UZDRŽAVANJA                   | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |  |
| DRUGI PRIHODI                                     | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |  |
| <b>UKUPNO MJESEČNO:</b>                           |                             |                             |  |

**7. ZDRAVSTVENO STANJE KORISNIKA ( navesti od kojih bolesti boluje )**


---



---



---

**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 |
|--------------|------------------|----------------|

**12. POTREBA POMOĆI U ZADOVOLJAVANJU SLJEDEĆIH POTREBA ( zaokružiti)**

|           |                              |           |  |           |   |
|-----------|------------------------------|-----------|--|-----------|---|
| <b>1.</b> | Održavanje osobne higijene   | <b>4.</b> | Organiziranje prehrane (nabava i dostava gotovih obroka) | <b>7.</b> | Zadovoljenje drugih svakodnevnih potreba                                |
| <b>2.</b> | Obavljanje kućanskih poslova | <b>5.</b> | Nabava namirnica   | <b>8.</b> | Kontrola uzimanja lijekova  |
| <b>3.</b> | Oblačenje/svlačenje          | <b>6.</b> | Priprema obroka  | <b>9.</b> | Briga o liječenju (kontrolni pregledi, uputnice, nabava lijekova 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 |         |       |
|   |          |          |         |         |       |

**GROBNO MJESTO (za korisnike smještaja - obavezno ispuniti)**

**OSOBA ZA KONTAKT:**

**Napomena:**

**Upoznat/a sam:**

- 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, a najkasnije u roku od 8 dana od promjene koja utječe na ostvarivanje prava.

Na temelju Uredbe (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka izjavljujem da sam suglasan/a da podatke koje sam naveo/la u Zapisniku, Centar za socijalnu skrb Ogulin ima pravo provjeravati, obrađivati, čuvati, te koristiti i 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.

**Pod punom kaznenom i materijalnom odgovornošću izjavljujem da su svi podaci navedeni u zahtjevu u cijelosti točni, što potvrđujem svojim potpisom.**

**Datum** \_\_\_\_\_

**Potpis podnositelja** \_\_\_\_\_

**Molimo da popunjeni obrazac sa dokumentacijom dostavite Centru za socijalnu skrb Ogulin 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 socijalne usluge:**

- 1. Preslika osobne iskaznice**
- 2. Rodni list**
- 3. Domovnica**
- 4. Obavijest o mirovinskim primanjima ili odrezak od mirovine**
- 5. Dokaz o drugim prihodima korisnika**
- 6. Uvjerenje da osoba nije korisnik mirovine ako je ne ostvaruje (HZMO)**
- 7. Uvjerenje o imovnom stanju i Porezno uvjerenje**
- 8. Potvrda o ostvarenom prihodu u zadnja tri mjeseca za sve članove obitelji/obveznike uzdržavanja ( mirovina, plaća, novčana naknada sa Zavoda za zapošljavanje, porodna naknada, prihod od samostalnog rada, alimentacija i sl.)**
- 9. Kopije medicinske dokumentacije ( nalazi, otpusna pisma, povijesti bolesti i sl.)**
- 10. Liječnička potvrda**
- 11. Preslike zdravstvene iskaznice i iskaznice dopunskog zdravstvenog osiguranja**
- 12. Uvjerenje o posjedovanju nekretnina iz katastra (posjedovni list)**
- 12. Izvadak iz zemljišnih knjiga ( uredovna potvrda/vlasnički list)**
- 13. Nalaz i mišljenje PTV-a ( za osobe s invaliditetom )**
- 14. Izjava obveznika uzdržavanja o sudjelovanju u podmirivanju troškova smještaja ( potrebna je samo u postupku smještaja)**

Napomena:

## 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) kontinentan b) inkontinentan

**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:** a) nije potrebna

b) potrebna (kakva) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**11. NAPOMENA:** \_\_\_\_\_

**12. IME I PREZIME ODABRANOG LIJEČNIKA I BROJ TELEFONA:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**MJESTO I DATUM**

\_\_\_\_\_  
**FAKSIMIL I POTPIS**