

CENTAR ZA SOCIJALNU SKRB ZAGREB
PODRUŽNICA _____

Prostor za prijemni pečat:

OSOBNIA INVALIDNINA ZA ODRASLU OSOBU ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA

1. PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA - KORISNIKU

OIB	<input type="text"/>																		
Ime i prezime /djevojačko prezime	<input type="text"/>																		
Spol (izaberite i označite oznakom „X“)	<table border="1"><tr><td>Muški</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Ženski</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Muški	<input type="checkbox"/>	Ženski	<input type="checkbox"/>														
Muški	<input type="checkbox"/>																		
Ženski	<input type="checkbox"/>																		
Ime oca i majke	<input type="text"/>																		
Datum rođenja	<input type="text"/>																		
Mjesto rođenja	<input type="text"/>																		
Broj osobne iskaznice	<input type="text"/>																		
Broj telefona	<table border="1"><tr><td>kućni</td><td>na poslu</td><td>mobilni</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	kućni	na poslu	mobilni	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>												
kućni	na poslu	mobilni																	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																	
Adresa prijavljenog prebivališta (ulica i broj) (poštanski broj, mjesto)	<input type="text"/>																		
Adresa stanovanja (ulica i broj) (poštanski broj, mjesto)	<input type="text"/>																		
Bračni status (izaberite i označite oznakom „X“)	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Neoženjen / neudana</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Udovac /udovica</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Oženjen / udana</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Izvanbračna zajednica</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Formalno životno partnerstvo</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Razveden/a</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Neformalno životno partnerstvo</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Ostalo</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	Neoženjen / neudana	<input type="checkbox"/>	Udovac /udovica	<input type="checkbox"/>	Oženjen / udana	<input type="checkbox"/>	Izvanbračna zajednica	<input type="checkbox"/>	Formalno životno partnerstvo	<input type="checkbox"/>	Razveden/a	<input type="checkbox"/>	Neformalno životno partnerstvo	<input type="checkbox"/>	Ostalo		
<input type="checkbox"/>	Neoženjen / neudana	<input type="checkbox"/>	Udovac /udovica																
<input type="checkbox"/>	Oženjen / udana	<input type="checkbox"/>	Izvanbračna zajednica																
<input type="checkbox"/>	Formalno životno partnerstvo	<input type="checkbox"/>	Razveden/a																
<input type="checkbox"/>	Neformalno životno partnerstvo	<input type="checkbox"/>	Ostalo																
Da li ste trenutno korisnik nekog drugog novčanog prava u CZSS?	<table border="1"><tr><td>Ne</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Da</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Ne	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Dolje navedite kojeg prava <input type="text"/>													
Ne	<input type="checkbox"/>																		
Da	<input type="checkbox"/>																		
Stručna sprema	<input type="text"/>																		
Zanimanje	<input type="text"/>																		
Radni status (izaberite i označite oznakom „X“)	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Zaposlen/a (ako DA, navesti gdje):</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Nezaposlen/a (radno sposoban/na)</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Umirovljenik/ica</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Kućanica</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Ostalo</td></tr></table>			<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				
<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. DA LI STE PRAVO NA OSOBNU INVALIDNINU OSTVARILI PO NEKOJ DRUGOJ OSNOVI? (upisati "x")

NE	<input type="checkbox"/>
DA	<input type="checkbox"/>

3. DA LI STE KORISNIK PRAVA NA DOPLATAK ZA POMOĆ I NJEGU PO ZAKONU O SOCIJALNOJ SKRBI ILI PO NEKOM DRUGOM PROPISU? (upisati "x")

NE	<input type="checkbox"/>
DA	<input type="checkbox"/>

4. DA LI VAM JE PRIZNATA USLUGA SMJEŠTAJA ILI ORGANIZIRANOG STANOVANJA SUKLADNO ODREDBAMA ZAKONA O SOCIJALNOJ SKRBI ILI DRUGIM PROPISIMA

NE	<input type="checkbox"/>
DA	<input type="checkbox"/>

5. PODACI O ČLANOVIMA KUĆANSTVA

Rbr	IME I PREZIME	OIB	DATUM ROĐENJA	ZANIMANJE	SRODSTVO	STATUS zaposlen nezaposlen/a učenik i dr.	SPOL	
							M	Ž
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								

RAZLOZI ZA PODNOŠENJE ZAHTJEVA <i>(opisati poteškoće u svakodnevnom funkcioniranju)</i>	
PROBLEMI POKRETLJIVOSTI <i>(zaokružiti broj)</i>	1. Pokretan
	2. Polupokretan
	3. Nepokretan
	4. Potpuno ovisan o tuđoj pomoći i njezi
DA LI JE RANIJE PROVEDENO VJEŠTAČENJE?	Ne <input type="checkbox"/>
	Da <input type="checkbox"/> Ako da, kada i gdje je provedeno?
	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

6. POTREBNA JE POMOĆ 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)

7. PODACI O OSOBI KOJA PODNOSI ZAHTJEV U IME KORISNIKA

(kad se podnosi zahtjev za drugu osobu)

Ime i prezime						
Srodstvo s korisnikom za kojeg podnosite zahtjev <i>(izaberite i označite oznakom „X“)</i>		roditelj	partner	dijete	skrbnik	drugo
OIB						
Adresa stanovanja podnositelja						
Telefon / mobitel						

8. MOLIM DA ISPLATU NAKNADE IZVRŠITE:

a) na tekući račun korisnika IBAN _____ otvoren u

_____.

naziv banke

b) poštanskom uputnicom na adresu _____

Napomena:

IZJAVA

Kao podnositelj/ica zahtjeva za priznavanje prava na osobnu invalidninu izjavljujem da su svi podaci koje sam naveo/la u zahtjevu istiniti, točni i potpuni te da za svoju izjavu preuzimam svu materijalnu i kaznenu odgovornost.

Upoznat/a 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/a sam da:

- Suglasan/na sam da se informacije koje sam pružio/la koriste u postupku rješavanja mog zahtjeva te ovlašćujem Centar da iste ima pravo provjeravati, obrađivati, čuvati i koristiti 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

U Zagrebu, _____

Potpis podnositelja zahtjeva

Dokumentacija potrebna za ostvarivanje prava:

- 1. Preslika osobne iskaznice i dokument s OIB-om**
- 2. Kopija medicinske dokumentacije kojom se objektiviziraju bolesna stanja**
(nalazi specijalističkih pregleda, otpusna pisma, povijesti bolesti i sl.)
- 3. Preslika Nalaza i mišljenja prethodno provedenih vještačenja**
- 4. Preslika kartice tekućeg računa (IBAN) - u slučaju isplate na račun**