

CENTAR ZA SOCIJALNU SKRB ZAGREB
PODRUŽNICA _____

Prostor za prijemni pečat:

DOPLATAK ZA POMOĆ I NJEGU 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“)	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	kućni <input type="text"/>	na poslu <input type="text"/>	mobilni <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“)	<input type="checkbox"/> Neoženjen / neudana	<input type="checkbox"/> Udovac / udovica	<input type="checkbox"/> Oženjen / udana
	<input type="checkbox"/> Formalno životno partnerstvo	<input type="checkbox"/> Razveden/a	<input type="checkbox"/> Izvanbračna zajednica
	<input type="checkbox"/> Neformalno životno partnerstvo	<input type="checkbox"/> Ostalo	
Da li ste trenutno korisnik nekog drugog novčanog prava u CZSS?	Ne <input type="checkbox"/>	Da <input type="checkbox"/>	Dolje navedite kojeg prava <input type="text"/>
Stručna sprema	<input type="text"/>		
Zanimanje	<input type="text"/>		
Radni status (izaberite i označite oznakom „X“)	<input type="text"/>		
	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 IMATE SKLOPLJEN UGOVOR O DOŽIVOTNOM ILI DOSMRTNOM UZDRŽAVANJU? (upisati "x")

NE	
DA	

3. DA LI STE PRAVO NA DOPLATAK ZA POMOĆ I NJEGU OSTVARILI PO NEKOM DRUGOM PROPISU? (upisati "x")

NE	
DA	

4. DA LI VAM JE PRIZNATO PRAVO NA OSOBNU INVALIDNINU PO OVOM ZAKONU ILI NEKOM DRUGOM PROPISU ? (upisati "x")

NE	
DA	

5. DA LI VAM JE OSIGURAN SMJEŠTAJ U USTANOVU ILI DRUGOM PRUŽATELJU USLUGA SOCIJALNE SKRBI, ZDRAVSTVENOJ ILI DRUGOJ USTANOVU ? (upisati "x")

NE	
DA	

6. 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.								

7. IMOVNO STANJE PODNOSITELJA ZAHTJEVA/KORISNIKA

Stambeni status (zaokruži broj/ brojeve)	↑1. kuća u vlasništvu / suvlasništvu
	↑2. stan u vlasništvu / suvlasništvu
	↑3. u kući / stanu roditelja ili srodnika
	↑4. zaštićeni najmprimac
	↑5. podstanar
	↑6. bespravno korištenje stana / kuće
Način grijanja (izaberite i označite oznakom „X“)	centralno <input type="checkbox"/>
	drugo <input type="checkbox"/>
Vrsta energenta (zaokruži broj)	↑1. drvo, ugljen
	↑2. električna energija
	↑3. plin
	↑4. ostalo
Komunalna infrastruktura (zaokruži broj)	↑1. instalacije električne energije
	↑2. priključak na vodovodnu mrežu
	↑3. odvodnja (kanalizacija)
	↑4. odvoz kućnog otpada (smeća)
Nekretnine u vlasništvu korisnika (zaokruži broj/ brojeve)	↑1. kuća ili stan u vlasništvu / suvlasništvu u kojoj živite
	↑2. kuća u vlasništvu / suvlasništvu u kojoj ne živite
	↑3. kuća za odmor
	↑4. poslovni prostor
	↑5. zemljište
	↑6. ostalo

8. PODACI O OBVEZNICIMA UZDRŽAVANJA:

Rbr	IME I PREZIME	SRODSTVO	ADRESA OBVEZNIKA
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

9. PRIHODI KUĆANSTVA

Molimo popunite podatke, a dokazi će se tražiti ovisno o Nalazu i mišljenju o težini i vrsti invaliditeta-oštećenja funkcionalnih sposobnosti

Rbr.	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, honorarna zarada, prihodi po drugim osnovama	Mjesečni iznos prihoda
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
UKUPNO			

10. OSTVARENE NAKNADE PO DRUGIM OSNOVAMA

	MJESEČNI IZNOS		
DOPLATAK ZA DJECU	DA	NE	
POMOĆ ZA TROŠKOVE STANOVANJA	DA	NE	
NAKNADE ZA TJELESNO OŠTEĆENJE I SL.	DA	NE	
PRIPOMOĆI UMIROVLJENICIMA	DA	NE	
STIPENDIJA	DA	NE	
DONACIJA ILI DRUGO	DA	NE	
UKUPNO			

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		Ako da, kada i gdje je provedeno?
	Da		

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)

11. 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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OIB					
Adresa stanovanja podnositelja					
Telefon / mobitel					

12. 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 doplatu za pomoć i njegu 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. Preslika medicinske dokumentacije kojom se objektiviziraju bolesna stanja** (nalazi specijalističkih pregleda, otpusna pisma, povijesti bolesti i sl.)
- 3. Preslika Nalaza i mišljenja prethodno provedenih vještačenja** (vezano uz prava iz ovog ili drugih sustava)
- 4. Uvjerenje iz katastra** – Gradski zavod za katastar i geodetske poslove, Ul. Grada Vukovara 58a
- 5. Izvadak iz zemljišnoknjižnog uložka** – OGS, Zemljišno-knjižni odjel, Hrvatske bratske zajednice bb (Kraj Nacionalne sveučilišne knjižnice) **ILI KUPOPRODAJNI UGOVORI** ukoliko upis nije izvršen
- 6. Preslika kartice tekućeg računa (IBAN)** - u slučaju isplate na račun