|  |  |
| --- | --- |
| **HRVATSKI ZAVOD ZA SOCIJALNI RAD PODRUČNI URED \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Prostor za prijemni štambilj:** |
| **ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA**  **OSOBNA INVALIDNINA ZA ODRASLU OSOBU** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **1. PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA - KORISNIKU** | |
| **OIB**  **Ime i prezime**  **Spol**  (izaberite i označite oznakom „X“)  **Ime oca i majke**  **Datum rođenja**  **Mjesto rođenja**  **Broj osobne iskaznice**  **Broj telefona**  **Adresa prijavljenog prebivališta**  (ulica i broj) (poštanski broj, mjesto)  **Adresa stanovanja** (ulica i broj) (poštanski broj, mjesto)  **Da li ste trenutno korisnik neke druge naknade u sustavu socijalne skrbi?** | |  | | --- | |  |  |  | | --- | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | Muški |  |  | | Ženski |  |  |  |  | | --- | |  |  |  | | --- | |  |  |  | | --- | |  |  |  | | --- | |  |  |  |  | | --- | --- | | kućni | mobilni | |  |  |  |  | | --- | |  | |  |  |  | | --- | |  | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | Ne |  |  | | Da |  | Ako da, navedite koje | |  | | | |

**2. OSTVARUJETE LI PRAVO NA OSOBNU INVALIDNINU OSTVARILI PO NEKOJ DRUGOJ OSNOVI?** *(upisati“x“)*

|  |  |
| --- | --- |
| **NE** |  |
| **DA** |  |

**3. OSTVARUJETE LI PRAVO NA DOPLATAK ZA POMOĆ I NJEGU PO ZAKONU O SOCIJALNOJ SKRBI ILI PO NEKOM DRUGOM PROPISU?** *(upisati“x“)*

|  |  |
| --- | --- |
| **NE** |  |
| **DA** |  |

**4. IMATE LI PRIZNATU USLUGU SMJEŠTAJA ILI ORGANIZIRANOG STANOVANJA SUKLADNO ODREDBAMA   
ZAKONA O SOCIJALNOJ SKRBI ILI DRUGIM PROPISIMA** *(upisati“x“)*

|  |  |
| --- | --- |
| **NE** |  |
| **DA** |  |

**5. PODACI O ČLANOVIMA KUĆANSTVA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rbr** | **IME I PREZIME** | **OIB** | **DATUM**  **ROĐENJA** |
|
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RAZLOZI ZA PODNOŠENJE ZAHTJEVA**  *(opisati poteškoće u svakodnevnom funkcioniranju)* |  | |
| **PROBLEMI POKRETLJIVOSTI**  (zaokružiti broj) | **1.** | Pokretan |
| **2.** | Polupokretan |
| **3.** | Nepokretan |
| **4.** | Potpuno ovisan o tuđoj pomoći i njezi |
| **DA LI JE RANIJE PROVEDENO**  **VJEŠTAČENJE?** | |  |  |  | | --- | --- | --- | | Ne |  |  | | Da |  | Ako da, kada i gdje je provedeno? | |  | | | | |

**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. 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.   **Suglasan/a sam da:**   * Suglasan/na sam da se informacije koje sam pružio/la koriste u postupku rješavanja mog zahtjeva te ovlašćujem Zavod da iste ima pravo provjeravati, obrađivati, čuvati i koristiti za druge svrhe u djelokrugu rada ovog Zavoda ili ministarstva nadležnog za poslove socijalne skrbi te, prema potrebi, pružati i drugim državnim tijelima u skladu sa zakonom |

*\*\*\**

*U**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dana\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***Potpis podnositelja zahtjeva***

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**DOKUMENTACIJA POTREBNA ZA OSTVARIVANJE PRAVA:**

|  |
| --- |
| 1. **Preslika medicinske dokumentacije kojom se objektiviziraju bolesna stanja**   (nalazi specijalističkih pregleda, otpusna pisma, povijesti bolesti i sl.)   1. **Preslika Nalaza i mišljenja prethodno provedenih vještačenja** 2. **Potvrda banke (ovlaštenje/suglasnost**) o broju tekućeg računa u slučaju isplate na račun |