|  |  |
| --- | --- |
| **HRVATSKI ZAVOD ZA SOCIJALNI RADPODRUČNI 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
 |