

**CENTAR ZA SOCIJALNU SKRB SPLIT
GUNDULIĆEVA 25, SPLIT**

**ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA
NA OSOBNU INVALIDNINU ZA ODRASLE OSOBE**

Molimo Vas da pažljivo pročitate tekst prije popunjavanja i odgovorite na sva pitanja koja se odnose na Vas i članove Vaše obitelji, te da uz zahtjev priložite potrebnu dokumentaciju.

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

POD MATERIJALNOM I KAZNENOM ODGOVORNOŠĆU DAJEM SLIJEDEĆE PODATKE:

1. PODACI O OSOBI ZA KOJU SE PODNOSI ZAHTJEV:

IME			
PREZIME (djevojačko prezime)			
IME OCA I MAJKE			
DATUM ROĐENJA			
MJESTO ROĐENJA			
SPOL	<input type="checkbox"/> Muški	<input type="checkbox"/> Ženski	
BROJ OSOBNE ISKAZNICE			
OIB ili JMBG			
ADRESA PREBIVALIŠTA			
ADRESA BORA VIŠTA			
TELEFON	kućni	na poslu	mobilni

DA LI STE KORISNIK DRUGIH PRAVA ILI SOCIJALNIH USLUGA U OVOM CENTRU?	<input type="checkbox"/> NE		
	<input type="checkbox"/> DA (navesti kojih)		
BRAČNI STATUS	<input type="checkbox"/>	neoženjen/neudana	<input type="checkbox"/> izvanbračna zajednica
	<input type="checkbox"/>	oženjen/udana	<input type="checkbox"/> razveden/a
	<input type="checkbox"/>	udovac/ica	<input type="checkbox"/> ostalo
STRUČNA SPREMA			
ZANIMANJE			
RADNI STATUS	<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. PODACI O ČLANOVIMA KUĆANSTVA PODNOSITELJA ZAHTJEVA:

R. br.	IME I PREZIME	OIB	DATUM ROĐENJA	MJESTO ROĐENJA	SRODSTVO	STATUS zaposlen/a, nezaposlen/a učenik/ica, student umirovljenik i sl.	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.							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. PODACI O OBVEZNICIMA UZDRŽAVANJA:

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

IMATE LI SKLOPLJEN UGOVOR O DOŽIVOTNOM ILI DOSMRTNOM UZDRŽAVANJU ?

DA NE

JESTE LI OSTVARILI PRAVO NA OSOBNU INVALIDNINU ILI DOPLATAK ZA POMOĆ I NJEGU PO DRUGOJ OSNOVI?

DA NE

JESTE LI BILI SUDIONIK DOMOVINSKOG RATA? DA NE

- Ukoliko da jeste li ostvarili određena prava po toj osnovi (npr. od Ureda državne uprave), ako da navesti koja _____

4. PRIHODI KUĆANSTVA

	IME I PREZIME ČLANA KUĆANSTVA KOJI OSTVARUJE PRIHOD	VRSTA PRIHODA (navesti koji) Plaća, mirovina, naknada za nezaposlene, porodična naknada, alimentacija, prihod od poljoprivrede, prihod od imovine, drugi prihodi	MJESEČNI IZNOS PRIHODA
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
UKUPNO			

5. IMOVNO STANJE KUĆANSTVA:

STAMBENI STATUS	<input type="checkbox"/> kuća u vlasništvu/suvlasništvu	
	<input type="checkbox"/> stan u vlasništvu/suvlasništvu	
	<input type="checkbox"/> u kući/stanu roditelja	
	<input type="checkbox"/> zaštićeni najmoprimac	
	<input type="checkbox"/> podstanar	
	<input type="checkbox"/> bespravno korištenje stana/kuće	<input type="radio"/> drugo
NEKRETNINE U VLASNIŠTVU KORISNIKA ILI ČLANOVA OBITELJI	<input type="checkbox"/> kuća ili stan u vlasništvu/suvlasništvu u kojoj živite	
	kuća u vlasništvu/suvlasništvu u kojoj ne živite	
	kuća za odmor	
	<input type="checkbox"/> poslovni prostor	<input type="checkbox"/> zemljište <input type="checkbox"/> ostalo
UŠTEDEVINA I IZNOS UŠTEDEVINE	<input type="checkbox"/> DA	NE
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAKNADA ZA TJELESNO OŠTEĆENJE I DRUGI PRIHODI	<input type="checkbox"/> DA	NE
	Iznos: _____	

RAZLOZI ZA PODNOŠENJE ZAHTJEVA (Opisati poteškoće u svakodnevnom funkcioniranju)

PROBLEMI POKRETLJIVOSTI :

<input type="checkbox"/> a.) POKRETAN	<input type="checkbox"/> b.) POLUPOKRETAN	<input type="checkbox"/> c.) NEPOKRETAN
<input type="checkbox"/> d.) POTPUNO OVISAN O TUĐOJ POMOĆI I NJEZI		

DA LI JE RANIJE PROVEDENO VJEŠTAČENJE?

- DA
- NE
- AKO DA MOLIMO DA NAVEDETE KADA I GDJE JE PROVEDENO

POTREBA POMOĆI 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.)

**6. PODACI O OSOBI KOJA PODNOSI ZAHTJEV U IME KORISNIKA:
(kada se podnosi zahtjev za drugu osobu)**

IME I PREZIME						
SRODSTVO SA KORISNIKOM ZA KOJEG PODNOŠITE ZAHTJEV		roditelj	partner	dijete	skrbnik	drugo
OIB ili JMBG						
ADRESA STANOVANJA						
POŠTANSKI BROJ I MJESTO						
TELEFON		kućni	na poslu	mobilni		

7. MOLIM DA mi osobnu invalidninu isplaćujete na moj račun otvoren kod (navesti naziv, adresu banke i broj tekućeg računa)

Napomena:

Svojim potpisom potvrđujem da su svi podaci navedeni u zahtjevu u cijelosti točni.

Upoznat 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/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 Centra ili ministarstva nadležnog za poslove socijalne skrbi, te prema potrebi pružati i drugim državnim tijelima u skladu sa zakonom.

Datum _____

Potpis podnositelja _____

PRIVOLA ZA OBRADU OSOBNIH PODATAKA

Svojim potpisom slobodno i izričito dajem privolu da se moji osobni podaci sadržani u zahtjevu za _____ kao i osobni podaci sadržani u eventualno naknadno dostavljenoj dokumentaciji kojom dokazujem ispunjenje uvjeta za priznavanje prava na _____, obrađuju od strane Centra za socijalnu skrb Split (u daljnjem tekstu Centar) a sve u svrhu provođenja postupka priznavanja prava na _____.

Upoznat sam da će Centar s mojim osobnim podacima postupati sukladno Općoj uredbi o zaštiti podataka (GDPR), Zakonu o socijalnoj skrbi, Zakonu o općem upravnom postupku uz primjenu odgovarajućih tehničkih i sigurnosnih mjera zaštite osobnih podataka od neovlaštenog pristupa, zlouporabe, otkrivanja, gubitka ili uništenja. Također sam upoznat da Centar štiti privatnost svojih korisnika, čuva povjerljivost osobnih podataka te omogućava pristup i priopćavanje osobnih podataka samo onim svojim zaposlenicima kojima su isti potrebni radi provedbe njihovih poslovnih aktivnosti, a trećim osobama samo u slučajevima koji su izričito propisani zakonom.

/datum i potpis davatelja izjave/

Molimo da popunjeni obrazac sa dokumentacijom dostavite Podružnici Centra prema adresi vašeg prebivališta 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 osobnu invalidninu:

1. Preslika rodnog lista za osobu za koju se podnosi zahtjev,
2. Preslika osobne iskaznice za osobu za koju se podnosi zahtjev,
3. Izvadak iz Zemljišnika o vlasništvu nekretnina iz mjesta prebivališta i mjesta rođenja,
4. Uvjerenje iz Katastra iz mjesta prebivališta i mjesta rođenja,
5. Potvrda o ostvarenom prihodu po bilo kojoj osnovi u zadnja tri mjeseca (mirovina, primici od imovine, prihod od samostalnog rada, porodiljna naknada, naknada za vrijeme nezaposlenosti i dr.),
6. Kopije medicinske dokumentacije (specijalistički nalazi, otpusna pisma ukoliko ste bili u bolnici, povijesti bolesti, potvrda liječnika opće prakse i sl.),
7. Nalaz i mišljenje tijela vještačenja (ako je vještačenje ranije provedeno),
8. Potvrda banke o broju tekućeg računa - IBAN (ako korisnik želi isplatu na račun).