

**CENTAR ZA SOCIJALNU SKRB
K R A P I N A
Dragutina Domjanića 5, Krapina**

**ZAHTJEV
ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA DOPLATAK ZA POMOĆ I NJEGU**

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.

Podnositelj zahtjeva: _____ **OIB** _____
ime i prezime

Zahtjev podnosi (zaokružiti):

a) osobno b) roditelj c) bračni drug d) punoljetno dijete e) skrbnik

Podaci o prebivalištu _____
mjesto, ulica i kućni broj, broj telefona/mob

1. PODACI O DJETETU / ODRASLOJ OSOBI ZA KOJU SE PODNOSI ZAHTJEV:

IME I PREZIME			
IME OCA I MAJKE			
DATUM ROĐENJA I OIB			
MJESTO ROĐENJA			
ADRESA PREBIVALIŠTA			
ADRESA BORAVIŠTA			
PRIHODI *	MIROVINA	SREDSTVA ZA UZDRŽAVANJE	OSTALO
/ IZNOS			

2. ZDRAVSTVENO STANJE DJETETA / ODRASLE OSOBE: (opisati zdravstvene poteškoće)

--

3. PODACI O OSTALIM UVJETIMA ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA DOPLATAK ZA POMOĆ I NJEGU

Da li podnositelj zahtjeva ili dijete / odrasla osoba za koju se podnosi zahtjev:		
1. ima sklopljen ugovor o doživotnom ili dosmrtnom uzdržavanju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DA	NE
2. može ostvariti doplatak za pomoć i njegu po posebnom propisu	DA	NE
3. ima priznato pravo na osobnu invalidninu po Zakonu o soc. skrbi ili drugim propisima	DA	NE
4. ima u vlasništvu drugi stan ili kuću osim stana ili kuće koju koristi za stanovanje, a koji može otuđiti ili iznajmiti i time osigurati sredstva za pomoć i njegu	DA	NE
5. ima u vlasništvu poslovni prostor koji ne koristi za obavljanje registrirane djelatnosti	DA	NE
6. ima osiguran smještaj u ustanovi soc. skrbi i kod drugih pružatelja soc. usluga	DA	NE
Da li roditelj djeteta za kojeg se podnosi zahtjev ostvaruje:		
1.pravo na roditeljski ili roditeljski dopust	DA	NE
2.mirovanje radnog odnosa do treće godine života tog djeteta po posebnim propisima	DA	NE
3.rad s polovicom punog radnog vremena	DA	NE
4.rad s polovicom punog radnog vremena radi pojačane njege djeteta	DA	NE
5. dopust ili rad s polovicom punog radnog vremena radi pojačane njege djeteta s težim smetnjama u razvoju po posebnim propisima	DA	NE

4.DA LI JE RANIJE PROVEDENO VJEŠTAČENJE ZDRAVSTVENOG STANJA OSOBE?

DA NE

AKO JEST (navedete kada i gdje je vještačenje provedeno)

5. PODACI O ČLANOVIMA KUĆANSTVA (*prema čl.4.Zakona o socijalnoj skrbi kućanstvom se smatra obiteljska ili druga zajednica osoba koje zajedno žive i podmiruju troškove života bez obzira na srodstvo):

	IME I PREZIME	SRODSTVO	DATUM ROĐENJA / OIB	STATUS zaposlen/učenik/ student/ umirovljenik	PRIHOD (iznos)
UKUPNI PRIHOD :					

6. MOLIM DA SE NOVČANA POMOĆ ISPLAĆUJE NA TEKUĆI RAČUN
(navesti naziv banke i IBAN 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 ovaj Centar.
- da sam dužan/na nadoknaditi štetu ukoliko sam temeljem neistinitih ili netočnih podataka za koje sam znao/la ili morao/la znati da su neistiniti, odnosno netočni ili na drugi način neosnovano ostvario/la pravo iz sustava socijalne skrbi na koje nisam imao/la pravo ili sam ga ostvario/la u većem opsegu nego mi pripada ili sam ostvario/la pravo iz sustava socijalne skrbi zbog toga što nisam prijavio/la promjenu koja utječe na prestanak ili opseg prava, a znao/la sam ili samo morao/la znati za tu promjenu.“

Suglasan/na sam da se informacije koje sam pružio/la koriste u postupku rješavanja mojeg 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.

Datum _____

Potpis podnositelja _____

***Objašnjenje pojmova:**

prema Zakonu o socijalnoj skrbi **prihodom** se smatraju sva novčana sredstva ostvarena po osnovi rada, mirovine, primitaka od imovine ili na neki drugi način (primjerice primitak od udjela u kapitalu, kamate od štednje i sl.) ostvarena u tuzemstvu i u inozemstvu sukladno propisima o oporezivanju dohotka, a umanjeni za iznos uplaćenog poreza i prireza)

IME I PREZIME PODNOSITELJA ZAHTJEVA

ADRESA:

MJESTO I DATUM:

Na temelju čl. 107.st.1. i 2. Zakona o socijalnoj skrbi (NN br.157/2013., 152/2014., 99/2015, 52/2016., 16/2017.i 130/2017) dajem sljedeću

IZJAVU

- I. Slobodnom voljom izjavljujem da su svi podaci o mojim prihodima i imovini u cijelosti točno navedeni u mojem zahtjevu za ostvarivanje prava u sustavu socijalne skrbi. Za točnost podataka odgovaram materijalno i kazнено.
- II. Suglasan/a sam da Centar za socijalnu skrb Krapina izvrši uvid u sve moje osobne podatke i podatke o ostvarenom dohotku, kao i podatke o mojoj imovini i imovini članova kućanstva, podatke nadležnih tijela o nekretninama, vozilima i plovilima te podatke svih financijskih institucija o novčanim sredstvima u mojem ili vlasništvu punoljetnih članova mojeg kućanstva te da iste podatke može obrađivati i koristiti u svrhu ostvarivanja prava u sustavu socijalne skrbi i razmjenjivati s drugim tijelima u tu svrhu.
- III. Izjavu dajem u svrhu ostvarivanja prava na _____.

VLASTORUČNI POTPIS PODNOSITELJA ZAHTJEVA / ZAKONSKOG ZASTUPNIKA:

Dokumentacija potrebna za ostvarivanje prava: (popis u privitku)

DOKUMENTACIJA:

1. Izvadak iz matične knjige rođenih i domovnica, preslika

2. Preslika osobne iskaznice

3. Posjedovni list

4. Izvadak iz zemljišnih knjiga

5. Preslika medicinske dokumentacije na slijedeći način:

- za djecu predškolske dobi-do navršene 7. godine života: medicinska dokumentacija kojom se objektiviziraju bolesna stanja djeteta, nalaz psihologa, te mišljenje stručnog tima odgojno-obrazovne ustanove i/ili ustanove u kojoj je dijete uključeno u rehabilitacijske/rehabilitacijske postupke (logoped, edukacijski rehabilitator/defektolog, socijalni pedagog, pedagog, socijalni radnik)

- za djecu školske dobi-od navršene 7. godine do navršene 21. godine života: medicinska dokumentacija kojom se objektiviziraju bolesna stanja djeteta, nalaz psihologa, te mišljenje stručnog tima odgojno-obrazovne ustanove i/ili ustanove u kojoj je dijete uključeno u rehabilitacijske/rehabilitacijske postupke (logoped, edukacijski rehabilitator/defektolog, socijalni pedagog, pedagog, socijalni radnik)

- za odraslu osobu - medicinska dokumentacija kojom se objektiviziraju bolesna stanja (povijest bolesti, specijalistički nalazi, otpusna pisma i ostala medicinska dokumentacija)

6. Dokaz o primanjima i drugim prihodima za korisnika (npr. plaća, mirovina, novčana naknada HZZ, prihod od samostalnog rada i dr.) u prethodna tri mjeseca prije mjeseca u kojem je podnesen zahtjev

7. Potvrda Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje o korištenju prava na rad s polovicom punog radnog vremena/ dopusta do osme godine djetetova života

8. Preslika kartice tekućeg računa (ako korisnik želi isplatu na tekući račun)

9. Potvrde o transakcijama po svim računima, unazad tri mjeseca prije podnošenja zahtjeva, za sve članove kućanstva

CENTAR ZA SOCIJALNU SKRB
K R A P I N A
Dragutina Domjanića 5, Krapina

ZAHTJEV ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA NAKNADU DO ZAPOSLENJA

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.

1. PODACI O DJETETU / ODRASLOJ OSOBI ZA KOJU SE PODNOSI ZAHTJEV:

IME			
PREZIME (djevojačko prezime)			
IME OCA I MAJKE			
DATUM i MJESTO ROĐENJA			
SPOL	<input type="checkbox"/> Muški	<input type="checkbox"/> Ženski	
BROJ OSOBNE ISKAZNICE			
OIB			
ADRESA PREBIVALIŠTA			
ADRESA BORA VIŠTA			
TELEFON	kućni	mobilni	e-mail
STRUČNA SPREMA			
ZANIMANJE			
*PRIHOD			

2. PODACI O OSTALIM UVJETIMA ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA NAKNADU DO ZAPOSLENJA

Da li dijete / odrasla osoba za koju se podnosi zahtjev:		
1. je evidentirana kao nezaposlena osoba pri nadležnoj služni za zapošljavanje	DA	NE
2. ima utvrđenu privremenu nezapošljivost od strane nadležnog tijela sukladno posebnom propisu	DA	NE
3. ima utvrđenu potpunu radnu nesposobnost temeljem Zakona o socijalnoj skrbi i provedbenih propisa	DA	NE
4. prijašnje zaposlenje je prestalo neovisno o volji korisnika	DA	NE
5. ne ostvaruje naknadu za vrijeme nezaposlenosti prema drugim propisima	DA	NE

3. DA LI JE RANIJE PROVEDENO VJEŠTAČENJE ZDRAVSTVENOG STANJA DJETETA / ODRASLE OSOBE?

DA navedete kada i gdje je vještačenje provedeno

NE

4. PODACI O ČLANOVIMA KUĆANSTVA DJETETA/ODRASLE OSOBE ZA KOJU SE PODNOSI ZAHTEJEV:

R. Br	IME I PREZIME	DATUM ROĐENJA	SRODSTVO	STATUS zaposlen/a, nezaposlen/a učenik/ica , student/ ica umirovljenik/ica i drugo
1.				
2.				
3.				
4.				

PODACI O OSOBI KOJA PODNOSI ZAHTEJEV U IME KORISNIKA (ukoliko se podnosi zahtjev za drugu osobu)

Podnositelj zahtjeva: _____ OIB _____

ime i prezime

Zahtjev podnosi (zaokružiti): a) osobno b) roditelj c) bračni drug d) punoljetno dijete e) skrbnik

Podaci o prebivalištu _____
mjesto, ulica i kućni broj, telefon

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, radni status, brisanje iz evidencije pri nadležnoj služni za zapošljavanje, promjena prebivališta i sl.) odmah izvijestiti ovaj Centar
- da sam dužan/na nadoknaditi štetu ukoliko sam temeljem neistinitih ili netočnih podataka za koje sam znao/la ili morao/la znati da su neistiniti, odnosno netočni ili na drugi način neosnovano ostvario/la pravo iz sustava socijalne skrbi na koje nisam imao/la pravo ili sam ga ostvario/la u većem opsegu nego mi pripada ili sam ostvario/la pravo iz sustava socijalne skrbi zbog toga što nisam prijavio/la promjenu koja utječe na prestanak ili opseg prava, a znao/la sam ili samo morao/la znati za tu promjenu.

Suglasan/na sam da se informacije koje sam pružio/la koriste u postupku rješavanja mojeg 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.

Datum _____

Potpis podnositelja _____

IME I PREZIME PODNOSITELJA ZAHTJEVA

ADRESA:

MJESTO I DATUM:

Na temelju čl. 107.st.1. i 2. Zakona o socijalnoj skrbi (NN br.157/2013., 152/2014., 99/2015, 52/2016., 16/2017.i 130/2017) dajem slijedeću

IZJAVU

- I. Slobodnom voljom izjavljujem da su svi podaci o mojim prihodima i imovini u cijelosti točno navedeni u mojem zahtjevu za ostvarivanje prava u sustavu socijalne skrbi. Za točnost podataka odgovaram materijalno i kazнено.
- II. Suglasan/a sam da Centar za socijalnu skrb Krapina izvrši uvid u sve moje osobne podatke i podatke o ostvarenom dohotku, kao i podatke o mojem imovini i imovini članova kućanstva, podatke nadležnih tijela o nekretninama, vozilima i plovilima te podatke svih financijskih institucija o novčanim sredstvima u mojem ili vlasništvu punoljetnih članova mojeg kućanstva te da iste podatke može obrađivati i koristiti u svrhu ostvarivanja prava u sustavu socijalne skrbi i razmjenjivati s drugim tijelima u tu svrhu.
- III. Izjavu dajem u svrhu ostvarivanja prava na _____.

VLASTORUČNI POTPIS PODNOSITELJA ZAHTJEVA / ZAKONSKOG ZASTUPNIKA:

***Objašnjenje pojmova:** prema Zakonu o socijalnoj skrbi **prihodom** se smatraju sva novčana sredstva ostvarena po osnovi rada, mirovine, primitaka od imovine ili na neki drugi način (primjerice primitak od udjela u kapitalu, kamate od štednje i sl.) ostvarena u tuzemstvu i u inozemstvu sukladno propisima o oporezivanju dohotka, a umanjeni za iznos uplaćenog poreza i prireza)

DOKUMENTACIJA POTREBNA ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA NAKNADU DO ZAPOSLENJA:

- 1.Izvadak iz matične knjige rođenih i domovnica, preslika
- 2.Preslika osobne iskaznice
- 3.Nalaz i mišljenje tijela vještačenja
- 4.Svjedodžba o završenoj školi
- 5.Dokaz o nezaposlenosti (uvjerenje Zavoda za zapošljavanje)
- 6.Porezno uvjerenje

CENTAR ZA SOCIJALNU SKRB
K R A P I N A
Dragutina Domjanića 5, Krapina

ZAHTJEV
ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA OSOBNU INVALIDNINU

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.

Podnositelj zahtjeva: _____ **OIB** _____
ime i prezime

Zahtjev podnosi (zaokružiti):

a) osobno b) roditelj c) bračni drug d) punoljetno dijete e) skrbnik

Podaci o prebivalištu _____
mjesto, ulica i kućni broj, broj telefona/mob

1. PODACI O DJETETU / ODRASLOJ OSOBI ZA KOJU SE PODNOSI ZAHTJEV:

IME I PREZIME			
IME OCA I MAJKE			
DATUM ROĐENJA I OIB			
MJESTO ROĐENJA			
ADRESA PREBIVALIŠTA			
ADRESA BORAVIŠTA			
PRIHODI *	MIROVINA	SREDSTVA ZA UZDRŽAVANJE	OSTALO
/ IZNOS			

2. ZDRAVSTVENO STANJE DJETETA/ ODRASLE OSOBE: (opisati zdravstvene poteškoće)

--

3. PODACI O NEKRETNINI DJETETA/ODRASLE OSOBE ZA KOJU SE PODNOSI ZAHTJEV

Vlasništvo/suvlasništvo nekretnine		
1.drugog stana ili kuće, osim stana ili kuće koju koristi za stanovanje, a koji može otuđiti ili iznajmiti i time osigurati sredstva za uključivanje u zajednicu	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
2. poslovnog prostora koji ne koristi za obavljanje registrirane djelatnosti	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE

4. PODACI O OSTALIM UVJETIMA ZA OSTARIVANJE PRAVA NA OSOBNU INVALIDNINU

Da li dijete/odrasla osoba za koju se podnosi zahtjev ostvaruje:		
1. osobnu invalidninu po drugoj osnovi	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
2. doplatak za pomoć i njegu sukladno odredbama Zakona o socijalnoj skrbi ili na temelju drugih propisa	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
3. uslugu smještaja ili organiziranog stanovanja	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE

5. DA LI JE RANIJE PROVEDENO VJEŠTAČENJE ZDRAVSTVENOG STANJA OSOBE?

DA NE

AKO JEST (navedete kada i gdje je vještačenje provedeno)

6. PODACI O ČLANOVIMA KUĆANSTVA (*prema čl.4.Zakona o socijalnoj skrbi kućanstvom se smatra obiteljska ili druga zajednica osoba koje zajedno žive i podmiruju troškove života bez obzira na srodstvo):

	IME I PREZIME	SRODSTVO	DATUM ROĐENJA / OIB	STATUS zaposlen/učenik/ student/ umirovljenik	PRIHOD

7. MOLIM DA SE NOVČANA POMOĆ ISPLAĆUJE NA TEKUĆI RAČUN
(navesti naziv banke i IBAN 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 ovaj Centar.
- da sam dužan/na nadoknaditi štetu ukoliko sam temeljem neistinitih ili netočnih podataka za koje sam znao/la ili morao/la znati da su neistiniti, odnosno netočni ili na drugi način neosnovano ostvario/la pravo iz sustava socijalne skrbi na koje nisam imao/la pravo ili sam ga ostvario/la u većem opsegu nego mi pripada ili sam ostvario/la pravo iz sustava socijalne skrbi zbog toga što nisam prijavio/la promjenu koja utječe na prestanak ili opseg prava, a znao/la sam ili samo morao/la znati za tu promjenu.“

Suglasan/na sam da se informacije koje sam pružio/la koriste u postupku rješavanja mojeg 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.

Datum _____

Potpis podnositelja _____

***Objašnjenje pojmova:**

prema Zakonu o socijalnoj skrbi **prihodom** se smatraju sva novčana sredstva ostvarena po osnovi rada, mirovine, primitaka od imovine ili na neki drugi način (primjerice primitak od udjela u kapitalu, kamate od štednje i sl.) ostvarena u tuzemstvu i u inozemstvu sukladno propisima o oporezivanju dohotka, a umanjeni za iznos uplaćenog poreza i prireza)

IME I PREZIME PODNOSITELJA ZAHTJEVA

ADRESA:

MJESTO I DATUM:

Na temelju čl. 107.st.1. i 2. Zakona o socijalnoj skrbi (NN br.157/2013., 152/2014., 99/2015, 52/2016., 16/2017.i 130/2017) dajem slijedeću

IZJAVU

- I. Slobodnom voljom izjavljujem da su svi podaci o mojim prihodima i imovini u cijelosti točno navedeni u mojem zahtjevu za ostvarivanje prava u sustavu socijalne skrbi. Za točnost podataka odgovaram materijalno i kazнено.
- II. Suglasan/a sam da Centar za socijalnu skrb Krapina izvrši uvid u sve moje osobne podatke i podatke o ostvarenom dohotku, kao i podatke o mojoj imovini i imovini članova kućanstva, podatke nadležnih tijela o nekretninama, vozilima i plovilima te podatke svih financijskih institucija o novčanim sredstvima u mojem ili vlasništvu punoljetnih članova mojeg kućanstva te da iste podatke može obrađivati i koristiti u svrhu ostvarivanja prava u sustavu socijalne skrbi i razmjenjivati s drugim tijelima u tu svrhu.
- III. Izjavu dajem u svrhu ostvarivanja prava na _____.

VLASTORUČNI POTPIS PODNOSITELJA ZAHTJEVA / ZAKONSKOG ZASTUPNIKA:

Dokumentacija potrebna za ostvarivanje prava: (popis u privitku)

DOKUMENTACIJA:

1.Izvadak iz matične knjige rođenih i domovnica, preslika

2.Preslika osobne iskaznice

3.Posjedovni list

4.Izvadak iz zemljišnih knjiga

5.Preslika medicinske dokumentacije na slijedeći način:

- za djecu predškolske dobi-do navršene 7.godine života: medicinska dokumentacija kojom se objektiviziraju bolesna stanja djeteta, nalaz psihologa, te mišljenje stručnog tima odgojno-obrazovne ustanove i/ili ustanove u kojoj je dijete uključeno u rehabilitacijske/rehabilitacijske postupke (logoped, edukacijski rehabilitator/defektolog, socijalni pedagog, pedagog, socijalni radnik)

- za djecu školske dobi-od navršene 7.godine do navršene 21.godine života: medicinska dokumentacija kojom se objektiviziraju bolesna stanja djeteta, nalaz psihologa, te mišljenje stručnog tima odgojno-obrazovne ustanove i/ili ustanove u kojoj je dijete uključeno u rehabilitacijske/rehabilitacijske postupke (logoped, edukacijski rehabilitator/defektolog, socijalni pedagog, pedagog, socijalni radnik)

- za odraslu osobu - medicinska dokumentacija kojom se objektiviziraju bolesna stanja (povijest bolesti, specijalistički nalazi, otpusna pisma i ostala medicinska dokumentacija)

6.Dokaz o primanjima i drugim prihodima za korisnika (npr. plaća, mirovina, novčana naknada HZZ, prihod od samostalnog rada i dr.) u prethodna tri mjeseca prije mjeseca u kojem je podnesen zahtjev

7.Preslika kartice tekućeg računa (ako korisnik želi isplatu na tekući račun)

CENTAR ZA SOCIJALNU SKRB
K R A P I N A
Dragutina Domjanića 5, Krapina

ZAHTJEV
ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA STATUS RODITELJA NJEGOVATELJA /
STATUS NJEGOVATELJA

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.

1. PODACI O DJETETU S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU / OSOBI S INVALIDITETOM :

IME I PREZIME				
IME OCA I MAJKE				
DATUM ROĐENJA I OIB				
MJESTO ROĐENJA				
ADRESA PREBIVALIŠTA				
ADRESA BORAVIŠTA				
DIJETE/OSOBA S INVALIDITETOM ŽIVI S OBA RODITELJA		ŽIVI SAMO S JEDNIM RODITELJEM	OSTALO (npr. ostvaruje uslugu smještaja, organiziranog stanovanja,...)	
BORAVI U USTANOVI	PREDŠKOLSKOJ DA NE	ŠKOLSKOJ DA NE	ZDRAVSTVENOJ DA NE	DOMU SOC.SKRBI DA NE
UKOLIKO BORAVI, DUŽINA TRAJANJA BORAVKA				
PRIHODI * DJETETA / OSOBE S INVALIDITETOM /ZNOS	MIROVINA	UZDRŽAVANJE	DJEČJI DOPLATAK	

2. ZDRAVSTVENO STANJE DJETETA S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU / OSOBE S INVALIDITETOM: (opisati zdravstvene poteškoće)

--

3. PODACI O RODITELJU / PODNOSITELJU ZAHTJEVA:

IME I PREZIME / OIB		
IME OCA I MAJKE		
DATUM ROĐENJA		
MJESTO ROĐENJA		
ADRESA PREBIVALIŠTA		
ADRESA STANOVANJA		
BROJ TELEFONA/MOBITELA		
BRAČNI STATUS		
ZAPOSLEN/NA	DA, GDJE?	NE
PRIHODI, IZNOS		
RODITELJ OSTVARUJE PRAVO NA:	RAD S POLOVICOM PUNOG RADNOG VREMENA : DA NE	DOPUST DO OSME GODINE DJETETOVA ŽIVOTA DA NE

4. DA LI JE RANIJE PROVEDENO VJEŠTAČENJE ZDRAVSTVENOG STANJA DJETETA S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU / OSOBE S INVALIDITETOM ?

DA NE

AKO JEST (navedete kada i gdje je vještačenje provedeno)

5. PODACI O ČLANOVIMA KUĆANSTVA (*prema čl.4.Zakona o socijalnoj skrbi kućanstvom se smatra obiteljska ili druga zajednica osoba koje zajedno žive i podmiruju troškove života bez obzira na srodstvo):

	IME I PREZIME	SRODSTVO	DATUM ROĐENJA / OIB	STATUS zaposlen/učenik/ student/ umirovljenik	PRIHOD (iznos)

6. MOLIM DA SE NOVČANA POMOĆ ISPLAĆUJE NA TEKUĆI RAČUN
(navesti naziv banke i IBAN 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, promjena prebivališta i sl.) odmah izvijestiti ovaj Centar.
- da sam dužan/na nadoknaditi štetu ukoliko sam temeljem neistinitih ili netočnih podataka za koje sam znao/la ili morao/la znati da su neistiniti, odnosno netočni ili na drugi način neosnovano ostvario/la pravo iz sustava socijalne skrbi na koje nisam imao/la pravo ili sam ga ostvario/la u većem opsegu nego mi pripada ili sam ostvario/la pravo iz sustava socijalne skrbi zbog toga što nisam prijavio/la promjenu koja utječe na prestanak ili opseg prava, a znao/la sam ili samo morao/la znati za tu promjenu.“

Suglasan/na sam da se informacije koje sam pružio/la koriste u postupku rješavanja mojeg 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.

Datum _____

Potpis podnositelja _____

***Objašnjenje pojmova:**

prema Zakonu o socijalnoj skrbi **prihodom** se smatraju sva novčana sredstva ostvarena po osnovi rada, mirovine, primitaka od imovine ili na neki drugi način (primjerice primitak od udjela u kapitalu, kamate od štednje i sl.) ostvarena u tuzemstvu i u inozemstvu sukladno propisima o oporezivanju dohotka, a umanjeni za iznos uplaćenog poreza i prireza)

IME I PREZIME PODNOSITELJA ZAHTJEVA

ADRESA:

MJESTO I DATUM:

Na temelju čl. 107.st.1. i 2. Zakona o socijalnoj skrbi (NN br.157/2013., 152/2014., 99/2015, 52/2016., 16/2017.i 130/2017) dajem slijedeću

IZJAVU

- I. Slobodnom voljom izjavljujem da su svi podaci o mojim prihodima i imovini u cijelosti točno navedeni u mojem zahtjevu za ostvarivanje prava u sustavu socijalne skrbi. Za točnost podataka odgovaram materijalno i kazнено.
- II. Suglasan/a sam da Centar za socijalnu skrb Krapina izvrši uvid u sve moje osobne podatke i podatke o ostvarenom dohotku, kao i podatke o mojoj imovini i imovini članova kućanstva, podatke nadležnih tijela o nekretninama, vozilima i plovilima te podatke svih financijskih institucija o novčanim sredstvima u mojoj ili vlasništvu punoljetnih članova mojeg kućanstva te da iste podatke može obrađivati i koristiti u svrhu ostvarivanja prava u sustavu socijalne skrbi i razmjenjivati s drugim tijelima u tu svrhu.
- III. Izjavu dajem u svrhu ostvarivanja prava na _____.

VLASTORUČNI POTPIS PODNOSITELJA ZAHTJEVA / ZAKONSKOG ZASTUPNIKA:

Dokumentacija potrebna za ostvarivanje prava: (popis u privitku)

DOKUMENTACIJA:

1. Izvadak iz matične knjige rođenih i domovnica, preslika

2. Preslika osobne iskaznice

3. Nalaz i mišljenje tijela vještačenja za dijete s teškoćama u razvoju / osobu s invaliditetom ili preslika medicinske dokumentacije na slijedeći način:

- za djecu predškolske dobi-do navršene 7.godine života: medicinska dokumentacija kojom se objektiviziraju bolesna stanja djeteta, nalaz psihologa, te mišljenje stručnog tima odgojno-obrazovne ustanove i/ili ustanove u kojoj je dijete uključeno u habilitacijske/rehabilitacijske postupke (logoped, edukacijski rehabilitator/defektolog, socijalni pedagog, pedagog, socijalni radnik)

- za djecu školske dobi-od navršene 7.godine do navršene 21.godine života: medicinska dokumentacija kojom se objektiviziraju bolesna stanja djeteta, nalaz psihologa, te mišljenje stručnog tima odgojno-obrazovne ustanove i/ili ustanove u kojoj je dijete uključeno u habilitacijske/rehabilitacijske postupke (logoped, edukacijski rehabilitator/defektolog, socijalni pedagog, pedagog, socijalni radnik)

- za odraslu osobu - medicinska dokumentacija kojom se objektiviziraju bolesna stanja (povijest bolesti, specijalistički nalazi, otpusna pisma i ostala medicinska dokumentacija)

4. Potvrda nadležnog liječnika opće medicine da je roditelj njegovatelj / njegovatelj psihofizički zdrav za brigu o djetetu s teškoćama u razvoju ili osobu s invaliditetom (za podnositelja zahtjeva za status roditelja njegovatelja / njegovatelja)

5. Potvrda o dužini boravka djeteta s teškoćama u razvoju / osobe s invaliditetom u predškolskoj, obrazovnoj ili zdravstvenoj ustanovi, domu socijalne skrbi ili kod drugih pružatelja usluga boravka

6. Preslika kartice tekućeg računa (ako korisnik želi isplatu na tekući račun)