

**CENTAR ZA SOCIJALNU SKRB  
POŽEGA**

**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.

**POD MATERIJALNOM I KAZNENOM ODGOVORNOŠĆU DAJEM SLIJEDEĆE PODATKE:**

**1. PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA:**

|                              |                                |                                 |        |
|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------|
| 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                          |                                |                                 |        |
| ADRESA PREBIVALIŠTA          |                                |                                 |        |
| ADRESA BORA VIŠTA            |                                |                                 |        |
| TELEFON                      | kućni                          | mobilni                         | e-mail |
|                              |                                |                                 |        |

|   |   |                   |                          |                       |
|---|---|-------------------|--------------------------|-----------------------|
| DA LI OSTVARUJETE NEKU DRUGU NOVČANU NAKNADU ILI SOCIJALU USLUGU U OVOM CENTRU? | <input type="checkbox"/> NE                   |                   |                          |                       |
|   | <input type="checkbox"/> DA<br>(navesti koju) |                   |                          |                       |
| 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   |   |                   |                          |                       |
| UKUPAN OSTVARENI RADNI STAŽ   |   |                   |                          |                       |
| OD KADA STE NEZAPOSLENI?  |   |                   |                          |                       |

**DA LI JE PROVEDENO VJEŠTAČENJU VAŠEG ZDRAVSTVENOG STATUSA?**

- DA
- NE

**AKO JEST (molimo da navedete kada je provedeno)**

---

---

**TKO JE PROVEO VJEŠTAČENJE ?****UTVRĐENA VRSTA I TEŽINA OŠTEĆENJA ZDRAVLJA ( navesti )****RAZLOZI ZA PODNOŠENJE ZAHTJEVA ZA NOVČANU NAKNADU ( navesti )****2. PODACI O ČLANOVIMA KUĆANSTVA PODNOSITELJA ZAHTJEVA:**

| R. br                  | IME I PREZIME | DATUM ROĐENJA | SRODSTVO | STATUS<br>zaposlen/a, nezaposlen/a<br>učenik/ica, student/ ica<br>umirovljenik/ica i drugo | PRIHOD |
|------------------------|---------------|---------------|----------|--|--------|
| 1.                     |               |               |          |  |        |
| 2.                     |               |               |          |  |        |
| 3.                     |               |               |          |  |        |
| 4.                     |               |               |          |  |        |
| <b>UKUPNI PRIHOD :</b> |               |               |          |  |        |

**6. DRUGI PRIHODI KOJE OSTVARUJETE:**

|  | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE | MJESEČNI IZNOS |
|--|-----------------------------|-----------------------------|----------------|
| DOPLATAK ZA DJECU                                | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |                |
| SUBVENCIJE TROŠKOVA STANOVANJA                   | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |                |
| INVALIDNINE, NAKNADE ZA TJELESNO OŠTEĆENJE I SL. | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |                |
| PRIPOMOĆ UMIROVLJENICIMA                         | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |                |
| STIPENDIJA                                       | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |                |
| DONACIJA ILI DRUGO                               | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |                |
| <b>UKUPNI PRIHOD:</b>                            |                             |                             |                |

**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<br>PODNOŠITE ZAHTJEV | roditelj | partner  | dijete  | skrbnik | drugo |
| OIB  |          |          |         |         |       |
| ADRESA STANOVANJA                                    |          |          |         |         |       |
| POŠTANSKI BROJ I MJESTO                              |          |          |         |         |       |
| TELEFON  | kućni    | na poslu | mobilni |         |       |

**Napomena podnositelja:**

---

---

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, radni status, promjena prebivališta i sl.) odmah izvijestiti ovaj Centar.

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 \_\_\_\_\_

Molimo da popunjeni obrazac sa dokumentacijom dostavite ovom Centru 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 naknadu do zaposlenja:**

1. Rodni list podnositelja zahtjeva
2. Preslika osobne iskaznice podnositelja
3. Uvjerenje o prebivalištu podnositelja ( MUP , Petrinjska 30)
4. Nalaz i mišljenje tijela vještačenja o vrsti i težini oštećenja zdravlja
5. Dokaz o nezaposlenosti ( Uvjerenje Zavoda za zapošljavanje ili preslika radne knjižice )
6. Porezno uvjerenje (Porezna uprava ) u slučaju kada osoba nije prijavljena na Zavodu za Zapošljavanje
7. Uvjerenje da osoba nije korisnik mirovine , Tvrtkova 5 ( samo za osobe koje nisu prijavljene na Zavodu za zapošljavanje )
8. Preslika iskaznice tekućeg računa podnositelja ( ako želi isplatu naknade na račun )