

**CENTAR ZA SOCIJALNU SKRB
POŽEGA**

**ZAHTJEV ZA OSTVARIVANJE PRAVA
NA SOCIJALNE USLUGE ZA ODRASLU OSOBU**

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.

USLUGA KOJE SE TRAŽI: (molimo zaokružiti)

- 1. USLUGA SAVJETOVANJA I POMAGANJA**
- 2. USLUGA OBITELJSKE MEDIJACIJE**
- 3. USLUGA POMOĆI I NJEGE U KUĆI**
- 4. USLUGA STRUČNE POMOĆI U OBITELJI**
- 5. USLUGA BORAVKA**
- 6. USLUGA SMJEŠTAJA**
- 7. USLUGA STRUČNE POTPORE U OBAVLJANJU POSLOVA I ZAPOŠLJAVANJU**

POD MATERIJALNOM I KAZNENOM ODGOVORNOSTI 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 ili JMBG			
ADRESA PREBIVALIŠTA			
ADRESA BORAVIŠTA			
TELEFON	kućni	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				
KORISNIK ŽIVI	sam		u obitelji	

2. PODACI O ČLANOVIMA KUĆANSTVA PODNOSITELJA ZAHTJEVA:

INVALIDNINA , NAKNADA ZA TJELESNO OŠTEĆENJE I SL.	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
PRIPOMOĆ UMIROVLJENICIMA	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
RENTA	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
PRIHOD OD OBVEZNIKA UZDRŽAVANJA	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
UKUPNO MJESEČNO:			

7. ZDRAVSTVENO STANJE KORISNIKA (navesti vrstu bolesti)

8. NADLEŽNA ZDRAVSTVENA USTANOVA (naziv i adresa ustanove)

9. NADLEŽNI LIJEČNIK (ime liječnika i broj telefona)

10. RAZLOZI ZA PODNOŠENJE ZAHTJEVA (Opisati poteškoće u svakodnevnom funkcioniranju)

11. FUNKCIONALNA SPOSOBNOST KORISNIKA:

a.) POKRETAN	b.) POLUPOKRETAN	c.) NEPOKRETAN
d.) POTPUNO OVISAN O TUĐOJ POMOĆI I NJEZI		

12. POTREBA POMOĆI U ZADOVOLJAVANJU SLJEDEĆIH POTREBA (zaokružiti)

1.	Održavanje osobne higijene	4.	Hranjenje	7.	Kretanje i socijalni kontakti
2.	Obavljanje kućanskih poslova	5.	Nabava namirnica	8.	Kontrola uzimanja lijekova
3.	Oblačenje/svlačenje	6.	Priprema obroka	9.	Briga o liječenju (kontrolni pregledi, uputnice i sl.)

13. PODACI O OSOBI KOJA PODNOSI ZAHTJEV U IME KORISNIKA:

(kada se podnosi zahtjev za drugu osobu)

IME I PREZIME					
SRODSTVO SA KORISNIKOM ZA KOJEG PODNOSITE ZAHTJEV	roditelj	partner	dijete	skrbnik	drugo
ADRESA STANOVANJA					
TELEFON	kućni	na poslu	mobilni		

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 mojeg 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 _____

Molimo da popunjeni obrazac sa dokumentacijom dostavite nadležnoj Podružnici 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 socijalne usluge:

- 1. Rodni list**
- 3. Uvjerenje o prebivalištu** (MUP Petrinjska 30)
- 4. Preslika osobne iskaznice ili preslika domovnice**
- 5. Zadnji odrezak od mirovine**
- 6. Dokaz o drugim prihodima korisnika**
- 7. Uvjerenje da osoba nije korisnik mirovine ako je ne ostvaruje** (Tvrtkova 5)
- 8. Uvjerenje o imovnom stanju i Porezno uvjerenje**
- 9. Potvrda o ostvarenom prihodu u zadnja tri mjeseca za sve članove obitelji** (mirovina, plaća, novčana naknada sa Zavoda za zapošljavanje, porodna naknada, prihod od samostalnog rada, alimentacija i sl.)
- 10. Kopije medicinske dokumentacije** (nalazi, otpusna pisma, povijesti bolesti i sl.)
- 11. Liječnička potvrda da korisnik ne boluje od zaraznih i psihičkih bolesti** (potrebno je u postupku smještaja u dom socijalne skrbi)
- 12. Liječnička potvrda o potrebi pomoći i njege druge osobe** (potrebna je u postupku ostvarivanja prava na uslugu pomoći i njege druge osobe i uslugu stručne potpore u obitelji)
- 13. Uvjerenje o posjedovanju nekretnina** (potrebno je u za usluge smještaja, boravka, pomoći i njege u kući i stručne potpore u obitelji)
- 14. Izvadak iz gruntovnice** (ako korisnik posjeduje nekretnine – potrebno je u postupku smještaja, Boravka, i pomoći i njege u kući)
- 15. Nalaz i mišljenje PTV-a** (za osobe s invaliditetom)
- 16. Ovjerena izjava obveznika uzdržavanja o sudjelovanju u podmirivanju troškova smještaja** (potrebna je samo u postupku smještaja)