

CENTAR ZA SOCIJALNU SKRB
VARAŽDIN
Nazorova 22, 42000 VARAŽDIN
tel. 042 303 900
e mail: czss.varazdin@gmail.com

ZAHTEJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA STATUS NEGOVATELJA

Molim 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 S INVALIDITETOM

IME I PREZIME		
IME OCA I MAJKE		
DATUM ROĐENJA I OB		
MJESTO ROĐENJA		
ADRESA PREBIVALIŠTA		
ADRESA BORAVIŠTA		
TELEFON	KUĆNI	MOBILNI

2. ZDRAVSTVENO STANJE OSOBE S INVALIDITETOM (opisati zdravstvene poteškoće)

--

3. PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA:

IME I PREZIME			
IME OCA I MAJKE			
DATUM ROĐENJA			
Mjesto rođenja			
ADRESA PREBIVALIŠTA			
ADRESA STANOVANJA			
BROJ TELEFONA/ MOBILNA			
BRAČNI STATUS			
ZAPOSLEN NA	DA	NE	GDJE?
PRIHOD (iznos)			

4. PODACI O ČLANOVIMA KUĆANSTVA OSOBE S INVALIDITETOM

	IME I PREZIME	SRODSTVO	DATUM ROĐENJA i OIB	STATUS zaposlen/ učenik/ student/ unirovljenik	PRIHOD
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

5. I MOVNO 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 najmpri nac
	<input type="checkbox"/> podstanar
	<input type="checkbox"/> bespravno korištenje stana/kuće
NAČIN GRIJANJA	<input type="checkbox"/> centralno <input type="checkbox"/> drugo
VRSTA ENERGENTA	<input type="checkbox"/> drvo, ugljen
	<input type="checkbox"/> električna energija
	<input type="checkbox"/> plin
	<input type="checkbox"/> ostalo
KOMUNALNA INFRASTRUKTURA	<input type="checkbox"/> instalacije električne energije
	<input type="checkbox"/> priključak na vodovodnu mrežu

	<input type="checkbox"/> odvodnja (kanalizacija)
	<input type="checkbox"/> odvoz kućnog otpada (smetla)
NEKRETNOST U VLASNIŠTVU KORISNIKA I/II ČLANOVA OBITELJI	<input type="checkbox"/> kuća ili stan u vlasništvu/suvlasništvu u kojoj živate
	<input type="checkbox"/> kuća u vlasništvu/suvlasništvu u kojoj ne živate
	<input type="checkbox"/> kuća za odmor
	<input type="checkbox"/> poslovni prostor <input type="checkbox"/> zemljište <input type="checkbox"/> ostalo
DA LI STE OTUĐIVALI NEKRETNOST	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
AKO DA, KOJI KADA	
VRIJEDNOST OTUĐENE NEKRETNOSTI U KUNAMA	
UŠTEĐEVIN IZNOS	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE

6. OSTVARENI PRIHODI PO DRUGIM OSNOVAMA :

	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	MJESEČNI IZNOS
DOPLATAK ZA DJECU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SUBVENCIJE TROŠKOVA STANOVANJA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
INVALIDNOST, NAKNADE ZA TJELESNO OŠTEĆENJE I SL.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PRI POMOĆI UMROVLJENICIMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
STIPENDIJA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DONACIJAMA I/II DRUGO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
UKUPNO			

7. DA LI JE RANJE PROVEDENO VJEŠTAČENJE ZDRAVSTVENOG STANJA INVALIDNE OSOBE? DA NE

AKO JEST (navedete kada i gdje je vještačenje provedeno)

8. DA LI INVALIDNA OSOBA I NJEGOVA OBITELJ VEĆ OSTVARUJU NEKA PRAVA I/II SOCIJALNE USLUGE U OVOM CENTRU?

- DA (koje) _____
- NE

9. MOLIM DA ISPLATU POMOĆI IZVRŠITE:

a) putem novčane uplatnice na adresu prebivališta/ boravišta

b) na tekući račun korisnika _____

(navesti naziv i adresu banke i broj računa - IBAN)

Napomena:

Svoji potpisom potvrđuje 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, mirovina, broj i status članova kućanstva, promjena prebivališta i sl.) odmah izvijestiti ovaj 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 djelu okruga rada ovog Centra ili ministarstva nadležnog za poslove socijalne skrbi, te prema potrebi pružati i drugim državnim tijelima u skladu sa zakonom

Datum _____

Potpis podnosioca _____

Molimo da popunjeni obrazac sa dokumentacijom dostavite Centru 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 prilik zahtjeva.

Dokumentacija potrebna za ostvarivanje prava:

1. Rodni list za osobu s invaliditetom
2. Preslika osobne iskaznice osobe s invaliditetom i budućeg njegovatelja
3. Potvrda o ostvarenom prihodu u zadnja tri mjeseca za sve članove kućanstva (mirovina, plaća, novčana naknada Zavoda za zapošljavanje, porodna naknada, prihod od samostalnog rada)
4. Potvrda nadležnog liječnika opće medicine da je (budući) njegovatelj psihofizički zdrav za brigu o osobi s invaliditetom (za podnosioca zahtjeva njegovatelja)
5. Preslika kartice tekućeg računa (ako korisnik želi isplatu na tekući račun)
6. Medicinska dokumentacija za osobu s invaliditetom (Opusno pismo, liječnički nalazi ..)