

**CENTAR ZA SOCIJALNU SKRB  
JASTREBARSKO**

**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:**

R. br.	IME I PREZIME	DATUM ROĐENJA	MJESTO ROĐENJA	SRODSTVO	STATUS zaposlen/a, nezaposlen/a učenik/ica , student umirovljenik i drugo	SPOL	
						M	Ž
1.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. PODACI O OBVEZNICIMA UZDRŽAVANJA:**

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

**DA LI IMATE SKLOPLJEN UGOVOR O DOŽIVOTNOM ILI DOSMRTNOM UZDRŽAVANJU ?**
 DA                  NE
**4. PRIHODI KORISNIKA I ČLANOVA KUĆANSTVA**

	IME I PREZIME ČLANA KUĆANSTVA KOJI OSTVARUJE PRIHOD	VRSTA PRIHODA (navesti koji) Plaća, mirovina, naknada za nezaposlene, porodna naknada, opskrbnina, uzdržavanje, prihod od poljoprivrede, prihod od imovine, drugi prihodi	MJESEČNI IZNOS PRIHODA
1.			
2.			
3.			
4.			
<b>UKUPNO</b>			

**5. IMOVINSKI STATUS KORISNIKA I ČLANOVA KUĆANSTVA:**

STAMBENI STATUS	<input type="checkbox"/> vlastita kuća ili vlastiti stan
	<input type="checkbox"/> zaštićeni najmoprimac
	<input type="checkbox"/> podstanar
	<input type="checkbox"/> bespravno korištenje stana / kuće
	Ostalo /
NEKRETNINE U VLASNIŠTVU KORISNIKA	<input type="checkbox"/> kuća ili stan u vlasništvu /suvlasništvu u kojoj živite
	<input type="checkbox"/> kuća ili stan u vlasništvu /suvlasništvu u kojoj ne živite
	<input type="checkbox"/> kuća za odmor
	<input type="checkbox"/> poslovni prostor <input type="checkbox"/> zemljište <input type="checkbox"/> ostalo
DA LI STE OTUĐIVALI NEKRETNINU/E AKO DA, KOJU I KADA	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
VRIJEDNOST OTUĐENE NEKRETNINE U KUNAMA	
UŠTEDEVINA I IZNOS	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE

**6. PRIHODI KOJE KORISNIK OSTVARUJE PO DRUGOJ OSNOVI:**

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	
<b>UKUPNO MJESEČNO:</b>			

**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:**

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

**12. POTREBA POMOĆI U ZADOVOLJAVANJU SLJEDEĆIH POTREBA ( zaokružiti)**

<b>1.</b>	Održavanje osobne higijene	<b>4.</b>	Hranjenje	<b>7.</b>	Kretanje i socijalni kontakti
<b>2.</b>	Obavljanje kućanskih poslova	<b>5.</b>	Nabava namirnica	<b>8.</b>	Kontrola uzimanja lijekova
<b>3.</b>	Oblačenje/svlačenje	<b>6.</b>	Priprema obroka	<b>9.</b>	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 )**
- 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**
- 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)**