

CENTAR ZA SOCIJALNU SKRB
NOVI MAROF
M. KRLEŽE 4, 42220 NOVI MAROF
tel. 042 613 600
e mail: css-novimarof@socskrb.hr
fax: 042 613 591

ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA 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 čiji popis se nalazi na kraju zahtjeva.

U ovom postupku oslobođeni ste plaćanja upravnih pristojbi i troškova postupka.

POD MATERIJALNOM I KAZNENOM ODGOVORNOŠĆU DAJEM SLIJEDEĆE PODATKE:

1. PODACI O OSOBIS 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 STANOVANA			
BROJ TELEFONA/MOBI TELA			
BRAČNI STATUS			
RADNO SPOSOBAN	DA	NE	AKO NE, NAVESTI RAZLOG RADNE NESPOSOBNOSTI.
ZAPOSLEN/NA	DA	NE	GDJE?
PRIHOD (vrsta i iznos)			

4. PODACI O ČLANOVIMA KUĆANSTVA OSOBE S INVALIDITETOM

	IME I PREZIME	SRODSTVO	DATUM ROĐENJA I OIB	STATUS zaposlen/ učenik/ student/ umirovljenik	PRIHOD (vrsta i iznos)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

5. IMOVNO STANJE KUĆANSTVA:

STAMBENI STATUS (zaokružite)	a) kuća u vlasništvu/ suvlasništvu	
	b) stan u vlasništvu/ suvlasništvu	
	c) u kući/stanu roditelja	
	d) zaštićeni najmoprimac	
	e) podstanar	
	f) bespravno korištenje stana/ kuće	g) drugo

NAČIN GRIJANJA	a) centralno	b) drugo
VRSTA ENERGENTA	a) drvo, ugljen	
	b) električna energija	
	c) plin	
	d) ostalo, navesti što	
KOMUNALNA INFRASTRUKTURA (zaokružite ono što posjedujete)	a) instalacije električne energije	
	b) priključak na vodovodnu mrežu	
	c) odvodnja (kanalizacija)	
	d) odvoz kućnog otpada (smeća)	
NEKRETNINE U VLASNIŠTVU KORISNI KA ILI ČLANOVA OBITELJI	a) kuća ili stan u vlasništvu/suvlasništvu u kojoj živite	
	b) kuća u vlasništvu/ suvlasništvu u kojoj NE živite	
	c) kuća za odmor	
	d) poslovni prostor	e) zemljište f) ostalo
JESTE LI OTUĐIVALI NEKRETNINU/E (prodali, darovali)	DA	NE
AKO DA, KOJU I KADA		
VRIJEDNOST OTUĐENE NEKRETNINE U KUNAMA		
UŠTEĐEVINA I IZNOS	DA	NE

6. JE LI RANIJE PROVEDENO VJEŠTAČENJE?

- DA, (navesti kada i gdje je provedeno) _____
- NE

7. OSTVARUJE LI OSOBA S INVALIDITETOM I NJEGOVA OBITELJ VEĆ NEKA PRAVA ILI SOCIJALNE USLUGE U OVOM CENTRU?

- DA (navesti koje) _____
- NE

8. MOLIM DA ISPLAZU POMOĆI IZVRŠITE :

a) putem novčane uplatnice na adresu prebivališta/boravišta

b) na tekući račun njegovatelja _____

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

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 za socijalnu skrb.

Suglasan/ na sam da se informacije koje sam pružio/ a 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 Centru nadležnom prema adresi prebivališta osobno ili putem pošte. U slučaju potrebe za dodatnim informacijama biti ćete pozvani od strane socijalnog radnika.

Provjerite jeste li potpisali obrazac i stavili datum te priložili svu zatraženu dokumentaciju.

Dokumentacija potrebna za ostvarivanje prava:

1. Preslika osobne iskaznice osobe s invaliditetom i budućeg njegovatelja
2. 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)
3. Potvrda nadležnog liječnika opće medicine da je (budući) njegovatelj psihofizički zdrav za brigu o osobi s invaliditetom
4. Preslika kartice tekućeg računa (ako korisnik želi isplatu na tekući račun)
5. Medicinska dokumentacija za osobu s invaliditetom (Otpusna pisma, liječnički nalazi, Barthelov indeks od liječnika opće prakse)
6. Liječnička potvrda UKOLIKO je njegovatelj osposobljen za pružanje specifične njege izvođenjem medicinsko-tehničkih zahvata korisnika