

CENTAR ZA SOCIJALNU SKRB TROGIR

ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA OSOBNU INVALIDNINU

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 ili JMBG			
ADRESA PREBIVALIŠTA			
ADRESA BORA VIŠTA			
TELEFON	kućni	na poslu	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			
RADNI STATUS	<input type="checkbox"/> zaposlen/a (ako DA navesti gdje)		
	<input type="checkbox"/> nezaposlen/a (radno sposoban/na)		
	<input type="checkbox"/> umirovljenik/ica	<input type="checkbox"/> kućanica	<input type="checkbox"/> ostalo

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 sl.	SPOL	
						M	Ž
1.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.						<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

DA LI STE OSTVARILI PRAVO NA OSOBNU INVALIDNINU PO DRUGOJ OSNOVI?

DA NE

4. 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"/>	
INVALIDNINE , NAKNADE ZA TJELESNO OŠTEĆENJE I SL.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PRIPOMOĆ UMIROVLJENICIMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
STIPENDIJA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DONACIJA ILI DRUGO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
UKUPNO:			

RAZLOZI ZA PODNOŠENJE ZAHTJEVA (Opisati poteškoće u svakodnevnom funkcioniranju)

PROBLEMI POKRETLJIVOSTI :

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

DA LI JE RANIJE PROVEDENO VJEŠTAČENJE?

- DA
 NE
 AKO DA MOLIMO DA NAVEDETE KADA I GDJE JE PROVEDENO

**5. PODACI O OSOBI KOJA PODNOSI ZAHTJEV U IME KORISNIKA:
(kada se podnosi zahtjev za drugu osobu)**

IME I PREZIME					
SRODSTVO SA KORISNIKOM ZA KOJEG PODNOŠITE ZAHTJEV	roditelj	partner	dijete	skrbnik	drugo
OIB ili JMBG					
ADRESA STANOVANJA					
POŠTANSKI BROJ I MJESTO					
TELEFON	kućni	na poslu	mobilni		

6. MOLIM DA mi osobnu invalidninu isplaćujete na račun _____ (ime i prezime) otvoren kod _____ (navesti naziv banke) na broj računa:

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.

Izjava o privoli:

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 u Centar za socijalnu skrb Trogir, Kneza Trpimira 9,svaki radni dan osim srijede u vremenu od 8-11.sati te utorkom u vremenu od 12 – 14 sati. Savjetujemo da prije dolaska u centar se javite na tel.881-988 ili 797-333 radi zakazivanja termina vašeg dolaska.

Dokumentacija potrebna za ostvarivanje prava na osobnu invalidninu:

1. Preslika osobne iskaznice za podnositelja zahtjeva
2. Uvjerenje da osoba nije korisnik mirovine ako je ne ostvaruje
3. Potvrda o ostvarenom prihodu u zadnja tri mjeseca (mirovina, plaća, i dr.)
4. Kopije medicinske dokumentacije (nalazi,otpusna pisma, povijesti bolesti i sl.)
5. Nalaz i mišljenje tijela vještačenja (ako je vještačenje ranije provedeno)
6. Preslika kartice tekućeg računa