

CENTAR ZA SOCIJALNU SKRB ZAPREŠIĆ
D. KODRMANA 3A
ZAPREŠIĆ

**OBAVIJEST O POTREBI POKRETANJA POSTUPKA ZA LIŠENJE
 POSLOVNE SPOSNOSTI**

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 KORISNIKU:

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?	NE		
	DA (navesti kojih)		
BRAČNI STATUS		neoženjen/neudana	izvanbračna zajednica
		oženjen/udana	razveden/a
		udovac/ica	ostalo
STRUČNA SPREMA			
ZANIMANJE			
RADNI STATUS	zaposlen/a (ako DA navesti gdje)		
	nezaposlen/a (radno sposoban/na)		
	umirovljenik/ica	kućanica	ostalo
KORISNIK ŽIVI: SAM	DA	NE	
U OBITELJI	DA	NE	
OSTALO			

2.RAZLOZI ZA POKRETANJE POSTUPKA (molimo opišite ponašanje i poteškoće korisnika)

3. ZDRAVSTVENO STANJE KORISNIKA (molimo navedite vrstu bolesti i dosadašnja liječenja)

4. NADLEŽNA ZDRAVSTVENA USTANOVA (navedite naziv i adresu ustanove)

5. NADLEŽNI LIJEČNIK (navedite ime i broj telefona)

6. 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.							
2.							
3.							
4.							

7. PODACI O OBVEZNICIMA UZDRŽAVANJA:

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

8. DA LI KORISNIK IMA SKLOPLJEN UGOVOR O DOŽIVOTNOM ILI DOSMRTNOM UZDRŽAVANJU ?

DA

NE

9. 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.			
		UKUPNO	

10. IMOVINSKO STANJE KORISNIKA I ČLANOVA KUĆANSTVA:

STAMBENI STATUS	kuća u vlasništvu/suvlasništvu
	stan u vlasništvu/suvlasništvu
	u kući/stanu roditelja
	zaštićeni najmoprimac
	podstanar
	bespravno korištenje stana/kuće o drugo
KOMUNALNA INFRASTRUKTURA	osigurano grijanje (da / ne)
	priključak na vodovodnu mrežu (da / ne)
	priključak na električnu energiju (da / ne)
	plin (da / ne)
NEKRETNINE U VLASNIŠTVU KORISNIKA	kuća ili stan u vlasništvu/suvlasništvu u kojoj živite
	kuća u vlasništvu/suvlasništvu u kojoj ne živite
	kuća za odmor
	poslovni prostor zemljište ostalo
DA LI JE KORISNIK OTUĐIVAO NEKRETNINU/E	DA NE
AKO DA, KOJU I KADA	
VRIJEDNOST OTUĐENE NEKRETNINE U HRK	
DA LI KORISNIK IMA UŠTEDEVINU	DA NE
IZNOS UŠTEDEVINE BANKA I BROJ ŠTEDNOG RAČUNA	

11. DRUGI PRIHODI KORISNIKA:

INVALIDNINA , NAKNADE ZA TJELESNO OŠTEĆENJE I SL.	DA	NE	MJESEČNI IZNOS
DOPRINOS OBVEZNIKA UZDRŽAVANJA	DA	NE	
SUBVENCije TROŠKOVA STANOVANJA	DA	NE	
PRIPOMOĆ UMIROVLJENICIMA	DA	NE	
RENTE	DA	NE	
DOPLATAK ZA DJECU / DRUGO	DA	NE	
UKUPNO:			

12. FUNKCIONALNA SPOSOBNOST KORISNIKA:

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

13. DA LI JE RANIJE PROVEDENO VJEŠTAČENJE?

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

**14. KORISNIKU JE POTREBNA POMOĆ U ZADOVOLJAVANJU SLJEDEĆIH POTREBA:
(zaokružiti)**

1.	Obavljanje osobne higijene	4.	Nabava namirnica i priprema obroka	7.	Briga o liječenju (uzimanje lijekova, kontrolni pregledi, uputnice i sl .)
2.	Obavljanje higijene prostora u kojem živi	5.	Kretanje izvan kuće i socijalni kontakti	8.	Upravljanje imovinom
3.	Oblačenje/svlačenje/hranjenje	6.	Samozastupanje i zaštita prava i interesa	9.	Raspolaganje prihodima

15. PODACI O OSOBI KOJA PODNOSI ZAHTJEV :

IME I PREZIME						
SRODSTVO SA KORISNIKOM ZA KOJEG PODNOSITE ZAHTJEV		roditelj	partner	dijete	srodnik	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 provođenje postupka i ostvarivanje prava (prihodi, imovina, 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 ovog 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 ovom Centru osobno ili putem pošte u roku od 8 dana. 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:

1. Rodni list
2. Domovnica
3. Uvjerenje o prebivalištu – PP ZAPREŠIĆ
4. Preslika osobne iskaznice
5. Dokaz o prihodima i ušteđevini korisnika (odrezak od mirovine, izvodi iz banke, dokaz o plaći)
6. Uvjerenje da osoba nije korisnik mirovine ako je ne ostvaruje (Tvrtkova 5)
7. Potvrda o dohotku- Ministarstvo financija- porezna uprava- D.Švajcara 2. Zaprešić
8. Mišljenje liječnika o potrebi pokretanja postupka za lišenje poslovne sposobnosti
9. Kopije medicinske dokumentacije (nalazi specijalističkih pretraga, povijesti bolesti i sl.)
10. Uvjerenje o posjedovanju nekretnina
11. Izvadak iz gruntovnice
12. Drugi dokazi o zdravstvenom i socijalnom statusu korisnika