

**HRVATSKI ZAVOD ZA
SOCIJALNI RAD
PODRUČNI URED**

Prostor za prijemni štambilj:

ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA INKLUZIVNI DODATAK ZA ODRASLU OSOBU

1. PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA - KORISNIKU

OIB

Ime i prezime

Spol

(izaberite i označite oznakom „X“)

Muški

☐

Ženski

☐

Ime oca i majke

Datum rođenja

Mjesto rođenja

Broj osobne iskaznice

Broj telefona

kućni

mobilni

Adresa prijavljenog prebivališta

(ulica i broj)

(poštanski broj, mjesto)

Adresa stanovanja

(ulica i broj)

(poštanski broj, mjesto)

**Da li ste trenutno korisnik neke
druge naknade u sustavu socijalne
skrbi?**

Ne

☐

Da

☐

Ako da, navedite koje

**IMATE LI PRIZNATU USLUGU SMJEŠTAJA ILI ORGANIZIRANOG STANOVANJA SUKLADNO ODREDBAMA
ZAKONA O SOCIJALNOJ SKRBI ILI DRUGIM PROPISIMA (upisati "x")**

NE	
DA	

2. PODACI O ČLANOVIMA KUĆANSTVA

Rbr	IME I PREZIME	OIB	DATUM ROĐENJA
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

RAZLOZI ZA PODNOŠENJE ZAHTEVA <i>(opisati poteškoće u svakodnevnom funkcioniranju)</i>			
PROBLEMI POKRETLJIVOSTI (zaokružiti broj)	1.	Pokretan	
	2.	Polupokretan	
	3.	Nepokretan	
	4.	Potpuno ovisan o tuđoj pomoći i njezi	
DA LI JE RANIJE PROVEDENO VJEŠTAČENJE?	Ne		Ako da, kada i gdje je provedeno?
	Da		

3. MOLIM DA ISPLATU NAKNADE IZVRŠITE:

a) na tekući račun korisnika IBAN _____ otvoren u

naziv banke

Napomena:

IZJAVA

Kao podnositelj/ica zahtjeva za priznavanje prava na inkluzivni dodatak izjavljujem da su svi podaci koje sam naveo/la u zahtjevu istiniti, točni i potpuni te da za svoju izjavu preuzimam svu materijalnu i kaznenu odgovornost.

Upoznat/a sam:

- da zbog neistinitih podataka mogu snositi zakonske i druge posljedice.

Suglasan/a sam da:

- Suglasan/na sam da se informacije koje sam pružio/la koriste u postupku rješavanja mog zahtjeva te ovlašćujem Zavod da iste ima pravo provjeravati, obrađivati, čuvati i koristiti za druge svrhe u djelokrugu rada ovog Zavoda ili ministarstva nadležnog za poslove socijalne skrbi te, prema potrebi, pružati i drugim državnim tijelima u skladu sa zakonom

U _____, dana _____

Potpis podnositelja zahtjeva

DOKUMENTACIJA POTREBNA ZA OSTVARIVANJE PRAVA:

1. Preslika medicinske dokumentacije kojom se objektiviziraju bolesna stanja (nalazi specijalističkih pregleda, otpusna pisma, povijesti bolesti i sl.)
2. Barthelov indeks –
Napomena: Barthelov indeks potreban je samo za osobe s tjelesnim oštećenjima, stoga osobe s oštećenjem vida i oštećenjem sluha isti NE prilažu.
3. Preslika Nalaza i mišljenja prethodno provedenih vještačenja
4. Potvrda banke (ovlaštenje/suglasnost) o broju tekućeg računa