

Prostor za prijemni pečat:

**REPUBLIKA HRVATSKA
CENTAR ZA SOCIJALNU SKRB
PLOČE**

Zahtjev za Skrb izvan vlastite obitelji

Molim Vas pročitajte tekst prije popunjavanja. To će Vam dati uvida u više informacija o ostvarivanju prava i pomoći će Vam kod ispunjavanja Zahtjeva.

Molim Vas budite sigurni da ćete:

- Odgovoriti na sva pitanja u formularu koja se odnose na Vas ili Vašu obitelj, ukoliko je imate
- Predati ili poslati sve dokumente koje tražimo od vas

Ukoliko to nećete učiniti, može doći do kašnjenja u isplati, ili se može dogoditi da uopće nismo u mogućnosti izvršiti odobrenja prava na „Skrb izvan vlastite obitelji“.

1 ODJELJAK PODACI O OSOBI KOJA JE U POTREBI ZA SKRBI IZVAN VLASTITE OBITELJI

Osobni identifikacijski broj (OIB.)	<input type="text"/>
Ime	<input type="text"/>
Prezime	<input type="text"/>
Ime oca i majke i vaše djevojačko prezime (ako ga imate)	<input type="text"/>
Datum rođenja	<input type="text"/>
Mjesto rođenja	<input type="text"/>
Državljanstvo	<input type="text"/>
Adresa prijavljenog prebivališta (uključujući poštanski broj)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Adresa trenutnog boravišta (uključujući poštanski broj)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Da li ste trenutno korisnikom nekog drugog prava u Centru za socijalnu skrb (novčana prava ili druga prava)	Ne		Ispod navedite kojeg prava	
	Da			
Broj telefona na koji vas je moguće kontaktirati				
Molim Vas prikažite nam Vaš bračni status (izaberite nešto od ponuđenog i označite oznakom „X“)		Samac		Živom s partnerom
		Oženjen/udana		Razdvojen/a
		Udovac/ica		Razveden/a

Odjeljak 2 PODACI O ČLANOVIMA OBITELJI OSOBE U POTREBI ZA SKRBI IZVAN VLASTITE OBITELJI

Popunjava samo osoba koja nije samac. Dužni ste navesti bračnog ili izvanbračnog partnera, djecu i druge srodnike koji sa vama žive.

	Ime i prezime:	Datum rođenja:	Srodstvo sa podnosiocem zahtjeva:	Državljanstvo:
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Odjeljak 3 DUŽNICI UZDRŽAVANJA

U dolje navedenu tablicu dužni ste navesti osobe koje su dužne uzdržavati vas ili članove vaše obitelji, ako ih imate. Dužnici uzdržavanja su: djeca radno nesposobnih roditelja, roditelj maloljetnog djeteta ili djeteta do završetka redovnog školovanja i osobe koje su vas dužne uzdržavati u skladu s potpisanim ugovorom o uzdržavanju.

	Ime i prezime:	Srodstvo	Adresa:	Kontakt telefon:
1.				
2.				
3.				

Odjeljak 4 PODACI O PRIHODIMA

Dolje navedenu tablicu popunjava podnositelj zahtjeva, a podaci se odnose na osobu koja je u potrebi za skrbi izvan vlastite obitelji i članove njezine obitelji. Napominjemo da se po Zakonu o socijalnoj skrbi prihodi ne smatraju: *pomoć za podmirenje troškova stanovanja, doplatak za pomoć i njegu i osobna invalidnina (prava iz sustava socijalne skrbi), novčana naknada za tjelesno oštećenje i doplatak za djecu (*

Odjeljak 7 ZDRAVSTVENE TEGOBE OSOBE U POTREBI ZA SKRBI IZVAN VLASTITE

OBITELJI

Ukratko ih navedite svojim riječima, uz napomenu da niste obvezatni koristiti službene medicinske termine (Od čega boluje?).

Odjeljak 8 POTREBNA DOKUMENTACIJA ZA DONOŠENJE ODLUKE O ODOBRENJU PRAVA NA SKRB IZVAN VLASTITE OBITELJI

Molimo da nam dostavite svu potrebnu dokumentaciju koju navodimo u popisu koji slijedi. Također molimo da zaokružite broj ispred dokumenta, koji prilažete uz ovaj zahtjev.

1. **Preslika osobnih iskaznica** (za samca ili za sve članove obitelji)
2. **Domovnice**, (za samca ili za sve članove obitelji)
3. **Rodni listovi**, (za samca ili za sve članove obitelji)
4. **Potvrda o primanjima u prethodna tri mjeseca**, (plaća, mirovina, naknade MIOR-a, naknada za nezaposlene, naknade za žrtve rata i dr.)
5. **Uvjerenje o katastarskom prihodu** (za samca ili za sve članove obitelji)
6. **Potvrde o visini dohotka iz Porezne uprave**, (za samca ili za sve članove obitelji)
7. **Gruntovni izvadak** - stanje vlasništva unazad pet godina
8. **Potvrda o redovitoj prijavi kod Službe za zapošljavanje-** (za samca ili za sve odrasle nezaposlene članove)
9. **U slučaju primanja ili davanja uzdržavanja(alimentacije) dokaz o istom**
10. **Preslika (fotokopija)medicinske dokumentacija o primarnoj bolesti**

Izjava

Suglasan/na sam da

- Ukoliko svjesno dajem neistinitu ili nepotpunu informaciju, mogu biti sudski gonjen/a ili snositi druge posljedice
- će se informacije koje sam pružio/la koristiti u postupku rješavanja mogega zahtjeva. Neke od informacija mogu se provjeriti iz drugih izvora.

Informacije se mogu koristiti za druge svrhe u domeni ove uprave ili Ministarstva socijalne politike i mladih. Neke informacije se mogu pružiti drugim državnim tijelima u skladu sa zakonom.

Izjavljujem da su informacije koje sam dao/la u ovome obrascu istinite i potpune prema mome saznanju i vjerovanju.

Potpis:

Potpis zastupnika (u koliko korisnik ne može potpisati)

Datum:

Datum:

Što će se poduzeti

Molim Vas provjerite da ste poslali ili predali sve što smo Vas zamolili putem ovoga obrasca. Ako niste u mogućnosti poslati nešto od onoga za što ste zamoljeni navedite razlog za isto, ali nemojte kasniti sa slanjem ili predajom obrasca.

- Pošaljite ili predajte na „Prijemnom uredu“ ovaj obrazac što je prije moguće. Možda ćemo Vas trebati intervjuirati, ukoliko će nam trebati dodatne informacije.
- Provjerite jeste li potpisali zahtjev i upisali datum.