

<b>HRVATSKI ZAVOD ZA SOCIJALNI RAD PODRUČNI URED</b>	Prostor za prijemni stambiliž:
<b>ZAHTJEV ZA OSTVARIVANJE USLUGE OSOBNE ASISTENCIJE</b>	

Zahtjev za uslugu osobne asistencije koju pruža: *(zaokružiti)*

- a) **Osobni asistent**
- b) **Komunikacijski posrednik**
- c) **Videći pratitelj**

Zahtjev podnosi: *(zaokružiti)*

- a) **osobno stranka**
- b) **druga osoba:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*(ime, prezime, OIB, adresa, telefon, srodstvo ili odnos sa strankom)*

**PRIJEDLOG PRUŽATELJA USLUGE OSOBNE ASISTENCIJE:**

Udruga osoba s invaliditetom „Sveti Bartolomej“ Knin

<b>PODACI O OSOBI S INVALIDITETOM ZA KOJU SE PODNOSI ZAHTJEV</b>					
<b>Ime i prezime</b>	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>				
<b>OIB</b>	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>				
<b>Spol</b> <i>(izaberite i označite oznakom „X“)</i>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Muški</td> <td style="width: 30px; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Ženski</td> <td style="width: 30px; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Muški	<input type="checkbox"/>	Ženski	<input type="checkbox"/>
Muški	<input type="checkbox"/>				
Ženski	<input type="checkbox"/>				
<b>Ime oca i majke</b>	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>				
<b>Datum rođenja</b>	<input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>				
	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>				

<b>Mjesto rođenja</b>			
	<b>Broj osobne iskaznice</b>		
	<b>Kontakt</b>		
	Telefon:	Mobitel:	e-mail:
<b>Adresa prijavljenog prebivališta</b> (ulica i broj) (poštanski broj, mjesto)			
<b>Adresa boravišta</b> (ulica i broj) (poštanski broj, mjesto)			
<b>Živi</b> (izaberite i označite oznakom „X“)			
	<input type="checkbox"/>	Sam	
	<input type="checkbox"/>	U kućanstvu /obitelji	

**PODNOŠITELJ ZAHTJEVA OSTVARUJE PRAVA IZ SUSTAVA SOCIJALNE SKRBI:** (zaokružiti)

<b>NE</b>	<b>DA</b>
	Navesti koja prava:
	_____
	_____

**KOD PODNOŠITELJA ZAHTJEVA POSTOJI UTVRĐENO:** (zaokružiti sve vrste oštećenja)

- a) tjelesno oštećenje
- b) intelektualno oštećenje
- c) mentalno oštećenje
- d) kronične bolesti
- e) poremećaj iz spektra autizma
- f) oštećenje sluha
- g) gluhosljepoća
- h) oštećenje vida

PODACI O ČLANOVIMA OBITELJI /KUĆANSTVA						
Rbr	IME I PREZIME	OIB	DATUM ROĐENJA	SRODSTVO/ ODNOS	STATUS (zaposlen, nezaposlen, učenik, student)	OSTVARUJE PRAVA IZ SUSTAVA SOCIJALNE SKRBI (ako da, navesti koja)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

**PODNOŠITELJ ZAHTJEVA:** (zaokružiti)

ostvaruje uslugu pomoći u kući temeljem Zakona o socijalnoj skrbi ili drugog propisa	DA	NE
ima osiguran smještaj u ustanovi socijalne skrbi i kod drugih pružatelja socijalnih usluga, u zdravstvenoj ili u drugoj ustanovi, odnosno organizirano stanovanje temeljem Zakona o socijalnoj skrbi ili drugog propisa	DA	NE
ima roditelja ili drugog člana obitelji kojemu je priznato pravo na status roditelja njegovatelja ili status njegovatelja za potrebu skrbi o njemu na temelju Zakona o socijalnoj skrbi	DA	NE
<p><u>Ukoliko je odgovor DA: (zaokružiti)</u></p> <p>a) živi sa samohranim roditeljem (samohrani roditelj je roditelj koji živi sam s djetetom, sam skrbi o njemu i sam ga uzdržava)</p> <p>b) živi u jednoroditeljskoj obitelji (obitelj u kojoj živi jedan roditelj i dijete/djeca)</p> <p>c) živi u dvočlanom kućanstvu</p> <p>d) živi u kućanstvu s dvije ili više osoba s invaliditetom</p> <p>e) potpuno je ovisna osoba o pomoći i njezi druge osobe jer joj je zbog održavanja života potrebno pružanje specifične njege izvođenjem <u>medicinsko-tehničkih zahvata</u> za koje je prema preporuci liječnika roditelj njegovatelj ili njegovatelj osposobljen, a koja se zbog svog zdravstvenog stanja ne može uključiti u programe u zajednici</p> <p>f) bračni ili izvanbračni partner roditelja njegovatelja je zbog radnih obveza odsutan iz mjesta prebivališta duže od šest mjeseci godišnje</p> <p>g) podnositelj zahtjeva ima status studenta</p> <p>h) ništa od navedenog</p>		
ostvaruje pravo na njegovatelja na temelju drugih propisa	DA	NE
nalazi se u istražnom zatvoru ili na izdržavanju kazne zatvora	DA	NE
ukoliko živi u kućanstvu, da li su ostali članovi kućanstva maloljetne osobe	DA	NE
ima priznato pravo na uslugu cjelodnevnog boravka	NE	DA: Navesti broj dana u tjednu _____

podnositelj zahtjeva je osoba s invaliditetom koja je imenovana članom izvršnog tijela međunarodne organizacije	DA	NE
---	----	----

**POTREBNA JE POMOĆ U ZADOVOLJAVANJU SLJEDEĆIH POTREBA** (*zaokružiti*)

1.	Obavljanje kućanskih poslova, uključujući i organiziranje prehrane, koje korisnik nije u mogućnosti samostalno obaviti ili koje umjesto korisnika nisu u mogućnosti obaviti članovi kućanstva	2.	Hranjenje	3.	Održavanje osobne higijene
4.	Omogućavanje mobiliteta i kretanja	5.	Rukovanje pomagalima	6.	Pratnja i pomoć u različitim socijalnim aktivnostima, uključujući i putovanja unutar i izvan Republike Hrvatske
7.	Pomoć pri obavljanju administrativnih aktivnosti	8.	Pružanje podrške u komunikaciji između osobe s oštećenjem sluha i čujuće okoline u svrhu pristupa informacijama u svim područjima života	9.	Pružanje podrške u komunikaciji između osobe s oštećenjem sluha i čujuće okoline u svrhu pristupa informacijama u svim područjima života
10	Pružanje podrške u kretanju gluhoslijepim osobama te podrške u komunikaciji između gluhoslijepih osoba i okoline, u svrhu pristupa informacijama u svim područjima života				

**PODNOŠITELJ ZAHTJEVA OSTVARUJE PRIHODE?** (*upisati "x"*)

NE	
DA	<p>a) Mjesečni iznos prihoda:</p> <p>_____</p> <p>b) Vrsta prihoda: (navesti koji)  <i>(plaća, mirovina, naknada za nezaposlene, porodna naknada, opskrbnina, uzdržavanje, prihod od poljoprivrede, prihod od imovine, honorarna zarada, prihodi po drugim osnovama)</i></p>

--	--

#### **IZJAVA**

**Kao podnositelj/ica zahtjeva za priznavanje usluge 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.
- da sam dužan/na o svim promjenama koje utječu na ostvarivanje prava (prihodi, broj i status članova kućanstva, promjena prebivališta i sl.) najkasnije u roku osam dana izvijestiti Zavod

**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:*

\_\_\_\_\_

**Prilaže se: (zaokružiti)**

1. Preslika Nalaza i mišljenja Zavoda za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom
2. Barthelov indeks
3. Potvrda Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo o statusu osobe s invaliditetom sukladno zakonu kojim se uređuje registar osoba s invaliditetom
4. Dokaz o visini inozemnih prihoda, ukoliko ostvaruje prihode iz inozemstva
5. Ostalo \_\_\_\_\_