

**HRVATSKI ZAVOD ZA SOCIJALNI RAD  
PODRUČNI URED**

Prostor za prijemni štambilj:

**ZAHTJEV  
ZA OSTVARIVANJE USLUGE OSOBNE ASISTENCIJE**

**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:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<b>PODACI O OSOBI S INVALIDITETOM ZA KOJU SE PODNOSI ZAHTJEV</b>					
<b>Ime i prezime</b>	<input type="text"/>				
<b>OIB</b>	<input type="text"/>				
<b>Spol</b> <i>(izaberite i označite oznakom „X“)</i>	<table border="1"><tr><td>Muški</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Ženski</td><td><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 type="text"/>				
<b>Datum rođenja</b>	<input 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: <hr/> <hr/>

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

<b>NE</b>	
<b>DA</b>	<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> <p>_____</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 \_\_\_\_\_