

**CENTAR ZA SOCIJALNU SKRB  
BELI MANASTIR  
KRALJA TOMISLAVA 37  
31 300 BELI MANASTIR**

## **ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA OSOBNU INVALIDNINU ZA DJECU**

Prije ispunjavanja zahtjeva obvezno proučite uputu uz pojedino pitanje. Molimo da podatke upisujete čitko velikim tiskanim slovima, **odgovorite na sva pitanja** koja se odnose na vas i članove vaše obitelji, te **priložite svu dokumentaciju** navedenu u popisu na kraju zahtjeva.

### **1. PODACI O OSOBI KOJA PODNOSI ZAHTJEV U IME DJETETA**

a) roditelj b) skrbnik

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Ime i prezime Djevojačko prezime

Prebivalište: \_\_\_\_\_, Poštanski br 

--	--	--	--	--

Boravište: \_\_\_\_\_, Poštanski br 

--	--	--	--	--	--

OIB: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon: \_\_\_\_\_

### **2. PODACI O DJETETU**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Ime i prezime Djevojačko prezime

Prebivalište: \_\_\_\_\_, Poštanski br 

--	--	--	--	--

Boravište: \_\_\_\_\_, Poštanski br 

--	--	--	--	--

Državljanstvo: \_\_\_\_\_

**Ispunjavaju samo strani državljani**

Dozvola stalnog boravka u Republici Hrvatskoj br: \_\_\_\_\_ izdana pri MUP \_\_\_\_\_ godine



<b>DA LI TRENUTAČNO DIJETE ŽIVI U REPUBLICI HRVATSKOJ?</b>						
<b>PRIHODI DJETETA I IZNOS</b>						
<b>OIB</b>	<b>Mirovina</b>	• <b>Udržavanje</b>	• <b>Dječji doplatak</b>	• <b>Ušteđevina</b>	• <b>Stipendije</b>	• <b>Donacije</b>
			<b>Oca</b>			<b>Majke</b>
<b>IME RODITELJA DJETETA</b>						
<b>DATUM ROĐENJA DJETETA</b>					<b>MJESTO ROĐENJA</b>	
<b>ZDRAVSTVENO STANJE DJETETA (opisati ukratko zdravstvene poteškoće – npr. navesti dijagnoze, od kada dijete boluje, u čemu mu je potrebna pomoć druge osobe, da li je pokretnot i sl.)</b>						
<b>DA LI JE DIJETE RANIJE BILO KORISNIK NEKIH PRAVA U CZSS</b>						
• <b>DA, navesti kojih:</b>					• <b>NE</b>	
<b>DA LI JE DIJETE TRENUTNO KORISNIK NEKIH PRAVA U CZSS</b>						
• <b>DA, navesti kojih:</b>					• <b>NE</b>	
<b>DA LI JE DIJETE KORISNIK NEKIH DRUGIH PRAVA PRI DRUGIM TIJELIMA ILI INSTITUCIJAMA</b>						
<b>DA LI JE RANIJE PROVEDENO VJEŠTAČENJE ZDRAVSTVENOG STANJA DJETETA</b>						
• <b>DA, navesti gdje i kada:</b>					• <b>NE</b>	
<b>DA LI JE ŠKOLOVANJE DJETETA U TIJEKU</b>						
• <b>DA, navesti naziv škole i razreda:</b>					• <b>NE</b>	

**3. PODACI O RODITELJU / PODNOSITELJU ZAHTJEVA**

<p><b><i>JE LI RODITELJ KORISNIK DRUGIH SOCIJALNIH PRAVA ILI USLUGA?</i></b></p>	<hr/> <hr/>
--	-------------

## **POTREBNA DOKUMENTACIJA**

Zahtjevu je potrebno priložiti:

1. **Preslika osobne iskaznice** (za podnositelja zahtjeva)
2. **Rodni list za dijete** (ne stariji od 6 mjeseci)
3. **Uvjerenje o prebivalištu za dijete** (izdaje Policija)
4. **Potvrda o visini dohotka za dijete i sve članove kućanstva** (izdaje Porezna uprava)
5. **Potvrda o primanjima u prethodna tri mjeseca prije mjeseca podnošenja zahtjeva za dijete**  
(potvrde službi koje isplaćuju nekakvu naknadu, rješenja i sl.)
6. **Potvrda Općinskog suda o vlasništvu nekretnina za dijete**
7. **Ugovor sa ustanovom u kojoj dijete boravi**
8. **Potvrda o upisu u školu za dijete**
9. **Potvrda Hrvatskog Zavoda za zdravstveno osiguranje o korištenju/nekorištenju prava**
  - na porodni dopust,
  - na rad s polovicom punog radnog vremena radi njege teže tjelesno ili mentalno oštećenog djeteta
  - na dopust do 7 godine djetetova života
10. **Preslik kartice tekućeg računa ili šteden knjižice** ( ako želite isplatu na taj način)
11. **Medicinska dokumentacija kopirana i nalazi o utvrđenom zdravstvenom stanju u drugom sustavu**