

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

## ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA STATUS RODITELJA NJEGOVATELJA ILI STATUS NJEGOVATELJA

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 / OSOBE S INVALIDITETOM

a) roditelj d) skrbnik / zakonski zastupnik e) član obitelji \_\_\_\_\_

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

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

--	--	--	--	--

Boravište: \_\_\_\_\_, Poštanski br 

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

OIB: 

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

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

### 2. PODACI O DJETETU / OSOBI S INVALIDITETOM

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
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 DJETE / OSOBA S INVALIDITETOM ŽIVI U RH?</b>		<b>DA</b>	<b>NE</b>
<b>OIB</b>			
<b>IME RODITELJA DJETETA</b>	<b>Oca</b>		<b>Majke</b>
<b>DATUM ROĐENJA DJETETA</b>		<b>MJESTO ROĐENJA DJETETA</b>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Dijete živi sa oba roditelja</i></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Dijete živi samo sa jednim roditeljem</i></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ostalo</i></li> </ul>

<b>DA LI DIJETE / OSOBA SA INVALIDITETOM BORAVI U USTANOVU</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Predškolskoj ustanovi</i></li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Školskoj ustanovi</i></li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ustanovi socijalne skrbi</i></li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Zdravstvenoj ustanovi</i></li> </ul>	
<b>TRAJANJE BORAVKA</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Do 4 sata dnevno</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Više od 4-8 sati dnevno</i></li> </ul>
<b>DA LI RODITELJ ILI NJGOVATELJ TIJEKOM BORAVKA DJETETU / OSOBI S INVALIDITETOM KOJA BORAVI U USTANOVU VIŠE OD 4 SATA PRUŽA USLUGE POMOĆI I NJEGE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>DA</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>NE</i></li> </ul>

ZDRAVSTVENO STANJE DJETETA / OSOBE S INVALIDITETOM (opisati ukratko zdravstvene poteškoće)

### 3. PODACI O RODITELJU / PODNOSITELJU ZAHTJEVA

<b>DA LI STE NEZAPOSLENI</b>	<b>DA</b>	<b>NE</b>
<b>DA LI STE ZAPOSLENI / SAMOZAPOSLENI</b>	<b>DA</b>	<b>NE</b>
<b>DA LI STE KORISNIK MIROVINE</b>	<b>DA</b>	<b>NE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Korisnik obiteljske mirovine</i></li> <li>• <i>Korisnik invalidske mirovine zbog profesionalne nesposobnosti za rad</i></li> <li>• <i>Korisnik invalidske mirovine zbog opće nesposobnosti za rad</i></li> <li>• <i>Korisnik prijevremene starosne mirovine</i></li> <li>• <i>Korisnik starosne mirovine</i></li> </ul>		
<b>DA LI JE RODITELJ DJETETA S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU / OSOBE S INVALIDITETOM ZBOG SVOJEG PSIHOFIZIČKOG STANJA U MOGUĆNOSTI PRUŽATI MU POTREBNU NJEGU</b>	<b>DA</b>	<b>NE</b>
<b>DA LI JE DIJETE / OSOBU S INVALIDITETOM MOGUĆE UKLJUČITI U PROGEME BORAVKA GDJE MU JE OSIGURANA USLUGA POMOĆI I NJEGE</b>	<b>DA</b>	<b>NE</b>
<b>DA LI JE DJETETU ILI ODRASLOJ OSOBI PRIZNAT SMJEŠTAJ ILI BORAVAK ZA VRIJEME KOJEG MU JE OSIGURANA USLUGA POMOĆI I NJEGE</b>	<b>DA</b>	<b>NE</b>

DA LI JE RANIJE PROVEDENO VJEŠTAČENJE ZDRAVSTVENOG STANJA DJETETA / OSOBE S INVALIDITETOM	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>DA</b> (navesti gdje i kada)</li> </ul> <hr/> <hr/> <hr/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>NE</b></li> </ul>

#### 4. PODACI O ČLANOVIMA KUĆANSTVA DJETETA

Br	IME I PREZIME	DATUM ROĐENJA	SRODSTVO	OIB	STRUČNA SPREMA I ZANIMANJE <small>(Za djecu navesti razred i školu koju pohađaju)</small>	VRSTA PRIHODA I MJESEČNI IZNOS
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

#### IZJAVA

**Kao podnositelj/ica zahtjeva za ostvarivanje prava na status roditelja njegovatelja ili status njegovatelja izjavljujem:**

1. da su svi podaci koje sam naveo/la u zahtjevu istiniti, točni i potpuni;
2. da za svoju izjavu preuzimam svu materijalnu i kaznenu odgovornost.

**Kao podnositelj/ica zahtjeva za ostvarivanje prava na status roditelja njegovatelja ili status njegovatelja suglasan/na sam da se informacije koje sam pružio/la koriste u postupku rješavanja mogega zahtjeva, te ovlašćujem Centar za socijalnu skrb Beli Manastir da iste ima pravo provjeravati, obrađivati, čuvati i koristiti i za druge svrhe u djelokrugu rada Centra ili nadležnog Ministarstva, te prema potrebi pružati i drugim državnim tijelima u skladu sa Zakonom.**

## **POTREBNA DOKUMENTACIJA**

Zahtjevu je potrebno priložiti:

- 1. Preporuka liječnika o osposobljenosti roditelja za provođenje specifične njege djeteta izvođenjem medicinsko tehničkih zahvata zbog održavanja kvalitete djetetova života*
- 2. Kopije medicinske dokumentacije i nalazi o utvrđenom zdravstvenom stanju u drugom sustavu*
- 3. Kopije rodnog lista i domovnice za dijete i majku / Osobu sa invaliditetom*
- 4. Kopija osobne iskaznice*
- 5. Kopija kartice tekućeg računa*
- 6. Dokaz da roditelj / podnositelj zahtjeva nije u radnom odnosu (Uvjerenje sa Zavoda za zapošljavanje)*
- 7. Kopija rješenja o ostvarivanju prava iz mirovinskog sustava*