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:

_____

_____

PODACI O OSOBI S INVALIDITETOM ZA KOJU SE PODNOSI ZAHTJEV

Ime i prezime	
OIB	
Spol *(izaberite i označite oznakom „X“)*	Muški ☐ Ženski ☐
Ime oca i majke	
Datum rođenja	

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

PODNOSITELJ ZAHTJEVA OSTVARUJE PRAVA IZ SUSTAVA SOCIJALNE SKRBI: (zaokružiti)

NE	**DA** Navesti koja prava: _____ _____

KOD PODNOSITELJA 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.						

PODNOSITELJ 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
Ukoliko je odgovor DA: *(zaokružiti)* *a) živi sa samohranim roditeljem (samohrani roditelj je roditelj koji živi sam s djetetom, sam skrbi o njemu i sam ga uzdržava)* *b) živi u jednoroditeljskoj obitelji (obitelj u kojoj živi jedan roditelj i dijete/djeca)* *c) živi u dvočlanom kućanstvu* *d) živi u kućanstvu s dvije ili više osoba s invaliditetom* *e) 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* *f) bračni ili izvanbračni partner roditelja njegovatelja je zbog radnih obveza odsutan iz mjesta prebivališta duže od šest mjeseci godišnje* *g) podnositelj zahtjeva ima status studenta* *h) ništa od navedenog*		
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				

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

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

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

Napomena:

Barthelov indeks potreban je samo za osobe s tjelesnim oštećenjima, stoga osobe s oštećenjem vida i oštećenjem sluha isti NE prilažu.