




REPUBLIKA HRVATSKA
PRIMORSKO – GORANSKA ŽUPANIJA
OPĆINA FUŽINE

Prostor za prijemni pečat:

PRAVO NA POMOĆ ZA KUPNJU INVALIDSKIH POMAGALA

Molimo pročitajte cijeli tekst prije popunjavanja, radi boljeg uvida u tražene informacije, što će Vam pomoći kod ispunjavanja Zahtjeva. Molimo odgovorite na sva pitanja u obrascu koja se odnose na Vas ili članove Vašeg kućanstva te dostavite svu potrebnu dokumentaciju.

U ovom postupku oslobođeni ste od plaćanja upravnih pristojbi i troškova postupka.

1. OSOBNI PODACI PODNOSITELJA ZAHTJEVA - KORISNIKA

OIB Ime i prezime Datum rođenja Adresa prijavljenog prebivališta (ulica i broj) (poštanski broj, mjesto)									
Broj telefona	<table border="1" style="width: 100px; margin-bottom: 10px;"> <tr><td>kućni</td><td>mobilni</td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>	kućni	mobilni						
kućni	mobilni								
Bračni status (izaberite i označite oznakom „X“)	<table border="1" style="width: 100px; margin-bottom: 10px;"> <tr><td>Neoženjen / neudana</td><td>Udovac /udovica</td></tr> <tr><td>Oženjen / udana</td><td>Izvanbračna zajednica</td></tr> <tr><td>Formalno životno partnerstvo</td><td>Razveden/a</td></tr> <tr><td>Neformalno životno partnerstvo</td><td>Ostalo</td></tr> </table>	Neoženjen / neudana	Udovac /udovica	Oženjen / udana	Izvanbračna zajednica	Formalno životno partnerstvo	Razveden/a	Neformalno životno partnerstvo	Ostalo
Neoženjen / neudana	Udovac /udovica								
Oženjen / udana	Izvanbračna zajednica								
Formalno životno partnerstvo	Razveden/a								
Neformalno životno partnerstvo	Ostalo								
Bračni status (izaberite i označite oznakom „X“)	<table border="1" style="width: 100px; margin-bottom: 10px;"> <tr><td>Zaposlen/a (ako DA, navesti gdje) -</td><td></td></tr> <tr><td>Nezaposlen/a (radno sposoban)</td><td>Umirovlijenik/ica</td></tr> </table>	Zaposlen/a (ako DA, navesti gdje) -		Nezaposlen/a (radno sposoban)	Umirovlijenik/ica				
Zaposlen/a (ako DA, navesti gdje) -									
Nezaposlen/a (radno sposoban)	Umirovlijenik/ica								

2. PODACI O ČLANOVIMA KUĆANSTVA

5.							
----	--	--	--	--	--	--	--

3. PRIHODI KUĆANSTVA

Rbr.	Ime i prezime člana kućanstva koji ostvaruje prihod	VRSTA PRIHODA (navesti koji)	Mjesečni iznos prihoda
1.		Plaća, mirovina, naknada za nezaposlene, porodna naknada, opskrbnina, uzdržavanje, prihod od poljoprivrede, prihod od imovine, honorarna zarada, prihodi po drugim osnovama	
2.			
3.			
4.			
5.			

4. PODACI O OSOBI KOJA PODNOSI ZAHTJEV U IME KORISNIKA

(kad se podnosi zahtjev za drugu osobu)

Ime i prezime, OIB					
Srodstvo s korisnikom za kojeg podnosite zahtjev (izaberite i označite oznakom „X“)	roditelj	partner	dijete	skrbnik	drugo
Adresa podnositelja					
Telefon/ mobitel					

5. MOLIM DA ISPLATU POMOĆI IZVRŠITE:

a) na tekući račun korisnika IBAN _____ otvoren u _____ koji glasi na ime _____.
naziv banke

b) po dostavljenoj ponudi na račun dobavljača _____

IZJAVA

Kao podnositelj/ica zahtjeva za priznavanje prava na jednokratnu naknadu 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, imovina, broj i status članova kućanstva, promjena prebivališta i sl.) odmah izvjestiti Općinu Fužine

Suglasan/a sam da:

- Suglasan/na sam da se informacije koje sam pružio/la koriste u postupku rješavanja mog zahtjeva te ovlašćujem Općinu Fužine da iste ima pravo provjeravati, obrađivati, čuvati i koristiti za druge svrhe u djelokrugu rada Općinu Fužine.

U Fužinama, dana,

Potpis podnositelja zahtjeva

DOKUMENTACIJA POTREBNA ZA OSTVARIVANJE PRAVA:

1. uvjerenje o prebivalištu podnositelja zahtjeva
2. liječnička potvrda o neophodnosti pomagala
3. dokaz da pomoć pri nabavci pomagala nije moguće ostvariti po drugoj osnovi
4. potvrda o plaćanju invalidskog pomagala (opcionalno, ukoliko nije dostavljena ponuda dobavljača)