**ZAHTJEV**

**ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA ZDRAVSTVENU NJEGU U KUĆI**

**ZAHTJEV ISPUNITE ČITKO, VELIKIM TISKANIM SLOVIMA!**

Podnosim zahtjev za ostvarivanje prava na zdravstvenu njegu u kući temeljem Program subvencija troškova stanovanja i drugih prava iz socijalne skrbi za 2025. godinu.

**OSOBNI PODACI NOSITELJA KUĆANSTVA:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IME I PREZIME:** | OIB: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DATUM, MJESTO I DRŽAVA ROĐENJA: | | | | | | | | | | | | |
| ADRESA PREBIVALIŠTA (upišite adresu koja je navedena na osobnoj iskaznici): | | | | | | | | | | | | |
| ADRESA STANOVANJA: | MOBITEL/TELEFON: | | | | | | | | | | | |
| Zaokružite **STATUS** kojemu pripadate:  a) STUDENT b) NEZAPOSLEN c) ZAPOSLEN d) UMIROVLJENIK e) OSTALO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| KORISNIK SAM USLUGA ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI: **DA NE** | | | | | | | | | | | | |

**SA MNOM U ZAJEDNIČKOM KUĆANSTVU ŽIVE:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IME I PREZIME** | **DATUM ROĐENJA** | **OIB** | | | | | | | | | | | **SRODSTVO** | **STATUS**  (dijete, učenik, student, umirovljenik, domaćica, nezaposlen, zaposlen kod…) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IME I PREZIME** | **DATUM ROĐENJA** | **SRODSTVO** | **STATUS**  (dijete, učenik, student, umirovljenik, domaćica, nezaposlen, zaposlen kod…) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ČLANOVI UŽE OBITELJI KOJI NE ŽIVE SA MNOM:**

**ZAHTJEVU PRILAŽEM: (označite križićem)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **X** |
| 1. Osobna iskaznica – na uvid |  |
| 1. za malodobne članove kućanstva preslika  **rodnog lista** |  |
| 1. Potvrdu o prihodima za svakog člana kućanstva (plaća, prihod od samostalne djelatnosti, odrezak mirovine, rješenje o inozemnoj mirovini, rješenje o zajamčenoj minimalnoj naknadi ili odrezak zajamčene minimalne naknade, rješenje o porodnoj naknadi, preslika zdravstvene iskaznice ili uvjerenje sa MIO o neprimanju mirovine …) |  |
| 1. izvadak iz JRR (jedinstveni registar računa - podiže se u FINI) |  |
| 1. po svakom računu evidentiranom u FINI promet:  * za korisnike koji su koristili subvencije u 2024. godini - razdoblje od 1. siječnja 2024. do datuma podnošenja zahtjeva, * za korisnike koji nisu koristili subvencije u 2024 godini - razdoblje od 1. siječnja 2023. do datuma podnošenja zahtjeva |  |
| 1. uvjerenje o redovitom školovanju – za djecu stariju od 15 godina |  |
| 1. uredovna potvrda i Izvadak iz zemljišne knjige Općinskog suda za sve članove kućanstva |  |
| 1. ostala dokumentacija po potrebi, a na zahtjev stručnog suradnika |  |

**IZJAVA**

**Kao podnositelj/ica zahtjeva 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 izvijestiti Upravni odjel za društvene djelatnosti Grada Karlovca

Suglasan/a sam:

* da se informacije koje sam pružio/la koriste u postupku rješavanja mog zahtjeva te ovlašćujem Upravni odjel za društvene djelatnosti Grada Karlovca da iste ima pravo provjeravati, obrađivati, čuvati i koristiti za druge svrhe u djelokrugu rada ovog Odjela ili ministarstva nadležnog za poslove socijalne skrbi te, prema potrebi, pružati i drugim državnim tijelima u skladu sa zakonom

(Potpis podnositelja zahtjeva)

ISPUNJAVA NADLEŽNI LIJEČNIK

Predlažem da se podnositelju zahtjeva ODOBRI DODATNI tretman zdravstvene njege u kući u trajanju od sati mjesečno na teret proračuna Grada Karlovca zbog dijagnoze:

Karlovac \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.2025.

(žig i potpis liječnika)

SLUŽBENA ZABILJEŠKA (ISPUNJAVA NADLEŽNA OSOBA)

Podnositelju zahtjeva odobrava se tretman zdravstvene njege u kući u trajanju od sati mjesečno za razdoblje od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2025. godine.

Karlovac \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. 2025 .

(Stručna suradnica)