**ZAHTJEV**

**ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA**

**BESPLATAN GRADSKI PRIJEVOZ OSOBA S INVALIDITETOM**

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

Podnosim zahtjev za ostvarivanje prava na besplatan prijevoz osoba s invaliditetom temeljem Programa subvencija troškova stanovanja i drugih prava iz socijalne skrbi za 2025. godinu.

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

**OSOBNI PODACI NOSITELJA KUĆANSTVA:**

**SA MNOM U ZAJEDNIČKOM KUĆANSTVU ŽIVE:**

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

**KATEGORIJA:**

1. Tjelesni invalid 60% i više – rješenje broj .
2. Dijete ili osoba s posebnim potrebama – rješenje broj .
3. Slijepe osobe s pratiteljem – iskaznica broj .
4. Gluhi i nagluhi – iskaznica broj \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**ZAHTJEV PODNOSIM ZA ČLANA KUĆANSTVA**

**ZAHTJEVU PRILAŽEM: (označite križićem)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **X** |
| 1. osobna iskaznica – na uvid
 |  |
| 1. **IBAN tekućeg računa**
 |  |
| 1. Potvrdu o **primanjima za svakog člana kućanstva**  i to: plaća, prihod od samostalne djelatnosti (obrt, poljoprivreda, mljekarstvo i dr.), odrezak mirovine, rješenje o inozemnoj mirovini, rješenje o zajamčenoj minimalnoj naknadi ili odrezak zajamčene minimalne naknade
 |  |
| 1. uvjerenje Zavoda za zapošljavanje za nezaposlene
 |  |
| 1. preslika zdravstvene iskaznice ili uvjerenje sa MIO o neprimanju mirovine
 |  |
| 1. preslika rješenja o postotku tjelesnog oštećenja
 |  |
| 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:

* Suglasan/na 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 NADLEŽNA OSOBA:

SLUŽBENA ZABILJEŠKA:

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

(Stručna suradnica)