|  |  |
| --- | --- |
| **OPĆINA SVETI IVAN ŽABNO****Jedinstveni upravni odjel****e-mail: pisarnica@osiz.hr** |  **Prostor za prijemni štambilj:** |
| **ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA JEDNOKRATNU POMOĆ***Odluka o socijalnoj skrbi na području Općine Sveti Ivan Žabno* *(„Službeni glasnik Koprivničko-križevačke županije“, br. 27/22.)* |

1. **OSOBNI PODACI PODNOSITELJA/ICE ZAHTJEVA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OIB****Ime i prezime** **Datum rođenja****Mjesto rođenja****Adresa prijavljenog prebivališta** **Adresa trenutnog boravišta** *(adresa stanovanja)***Broj telefona** **Adresa elektroničke pošte****Naziv banke****IBAN**  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Kućni | Mobilni |
|  |  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| HR |

 |

* 1. **Radni status podnositelja/ice zahtjeva**

*(odabrati jednu opciju):*

* zaposlen / zaposlena
* nezaposlen / nezaposlena
* umirovljenik / umirovljenica
* drugo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	1. **Bračni status podnositelja/ice zahtjeva**

*(odabrati jednu opciju):*

* neoženjen / neudana
* oženjen / udana
* živi u izvanbračnoj zajednici
* udovac / udovica
* razveden / razvedena
* drugo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	1. **Imovinsko stanje podnositelja/ice zahtjeva**

*(odabrati jednu opciju):*

* kuća u vlasništvu / suvlasništvu
* stan u vlasništvu / suvlasništvu
* živi u kući / stanu roditelja ili srodnika
* zaštićeni najmoprimac
* podstanar
* bespravno korištenje kuće / stana

*Napomena: pod imovinskim stanjem podrazumijeva se način stanovanja i vlasnički status nekretnine u kojoj osoba živi.*

* 1. **Jeste li u tekućoj godini ostvarili jednokratnu novčanu pomoć od Općine Sveti Ivan Žabno?***(odabrati jednu opciju)*

 DA  (navesti iznos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €)

 NE

* 1. **Jeste li u tekućoj godini ostvarili pravo na jednokratnu naknadu od Hrvatskog zavoda za socijalni rad?***(odabrati jednu opciju)*

 DA  (navesti iznos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €)

 NE

1. **PODACI O ČLANOVIMA KUĆANSTVA PODNOSITELJA / PODNOSITELJICE ZAHTJEVA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rbr** | **IME I PREZIME** | **OIB** | **DATUM** **ROĐENJA** | **PRIHOD** | **SRODSTVO**  | **STATUS** *zaposlen/a,**nezaposlen/a**učenik/ica**student/ica* |
|
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |  |

3. OBRAZLOŽENJE ZAHTJEVA (kratak opis životne situacije zbog koje tražite pomoć): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **TRAŽENI IZNOS POMOĆI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €***(navesti potreban iznos u eurima)**Napomena: konačni iznos pomoći utvrđuje se temeljem procjene opravdanosti zahtjeva i raspoloživih proračunskih sredstava.*
2. **PODACI O ZAKONSKOM ZASTUPNIKU ILI SKRBNIKU PODNOSITELJA/ICE ZAHTJEVA:**

 *(ukoliko je podnositelju/ici zahtjeva oduzeta poslovna sposobnost)*

 Ime i prezime: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Adresa prebivališta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Osobni identifikacijski broj (OIB): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 IBAN računa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Broj telefona: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **IZJAVA****Kao podnositelj/ica zahtjeva za priznavanje prava na jednokratnu pomoć, izjavljujem da su svi podaci navedeni u ovom zahtjevu i priloženoj dokumentaciji istiniti, točni i potpuni, te da za svoju izjavu preuzimam punu materijalnu i kaznenu odgovornost.Upoznat/a sam da zbog davanja neistinitih podataka mogu snositi zakonske i druge posljedice.Suglasan/na sam da se podaci koje sam naveo/la koriste u svrhu rješavanja ovog zahtjeva, te ovlašćujem Općinu Sveti Ivan Žabno da iste ima pravo provjeravati, obrađivati, čuvati i koristiti u skladu sa Zakonom o zaštiti osobnih podataka i drugim važećim propisima, isključivo u svrhu obrade i odlučivanja o ovom zahtjevu.**  |

Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Potpis podnositelja/ice zahtjeva \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DOKUMENTACIJA POTREBNA ZA OSTVARIVANJE PRAVA**
(*molimo označite kvačicom sve dokumente koje prilažete uz zahtjev*):

☐ Preslika osobne iskaznice podnositelja/ice zahtjeva
☐ Uvjerenje HZZ-a o nezaposlenosti ili potvrda HZMO-a o ostvarenom stažu osiguranja
☐ Dokaz o ostvarenim primanjima i prihodima u posljednja tri mjeseca za sve članove kućanstva (potvrde Porezne uprave – original)
☐ Preslika rješenja HZSR-a o priznavanju prava na zajamčenu minimalnu naknadu ili drugo pravo (ako je primjenjivo)
☐ Preslika relevantne medicinske dokumentacije (ako je primjenjivo)
☐ Potvrda o redovnom školovanju za djecu srednjoškolce i studente (ako je primjenjivo)
☐ Ostala dokumentacija (navesti konkretno koja): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Molimo da popunjeni obrazac s priloženom potrebnom dokumentacijom dostavite Općini Sveti Ivan Žabno osobno, preporučenom poštanskom pošiljkom ili elektroničkom poštom.*