**ZAHTJEV ZA USLUGOM OSOBE ZA PRUŽANJE NJEGE I POMOĆI HRVI 100% I SKUPINE**

IME I PREZIME (ime oca): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

DATUM I MJESTO ROĐENJA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OIB: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ADRESA PREBIVALIŠTA / BORAVIŠTA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELEFON – MOBITEL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RJEŠENJE HRVI IZ DOMOVINSKOG RATA I SKUPINE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Predlažem sljedeću osobu za pružanje njege i pomoći:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ime i prezime)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adresa)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OIB JMBG Tel./Mob.

Suglasan sam da njegovatelj/-ica za vrijeme pružanja njege i pomoći živi:

1. IZVAN mojeg mjesta prebivališta / boravišta

2. U MOJEM mjestu prebivališta / boravišta

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podnositelj zahtjeva

**POTREBNI DOKAZI ZA NJEGOVATELJA**:

1. rodni list

2. domovnica

3. potvrda Centra za socijalnu skrb da nije oduzeta poslovna sposobnost i roditeljsko pravo, odnosno

skrbništvo,

4. potvrda Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje da osoba nije korisnik doplatka za njegu i pomoć

5. potvrda Centra za socijalnu skrb osoba nije korisnik doplatka za njegu i pomoć

6. potvrda o nekažnjavanju Ministarstva pravosuđa

7. kratki životopis

8. dokaz o stečenoj stručnoj spremi (ako osoba ima zdravstvenu struku), odnosno stručnoj osposobljenosti

(ako ima ranije položen tečaj)

9. preslika tekućeg računa

10. uvjerenje liječnika specijalista medicine rada o ocjeni opće psihofizičke i zdravstvene sposobnosti za

pružanje usluga njege i pomoći HRVI

ZA NEZAPOSLENE NJEGOVATELJE:

1. potvrda o nezaposlenosti Hrvatskog zavoda za zapošljavanje, ako se prijavljuje, a ako se ne prijavljuje

dokaz da osoba nije prijavljena na mirovinsko osiguranje (tj. da nije u radnom odnosu) Hrvatskog

zavoda za mirovinsko osiguranje, Odjel matične evidencije

2. potvrda da osoba nije zdravstveno osigurana po osnovi zaposlenja, samostalne gospodarske,

profesionalne ili djelatnosti poljoprivrede i šumarstva (Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje)

ZA UMIROVLJENE NJEGOVATELJE:

1. rješenje o mirovini iz kojeg je razvidno da nije korisnik-ca starosne ili invalidske mirovine ostvarene

po osnovi opće nesposobnosti za rad

ZA STRANE DRŽAVLJANE:

1. preslika radne dozvole po posebnim propisima (MUP)

2. ostali dokumenti važeći su ako su izdani u državama ex Jugoslavije, osim potvrde o nekažnjavanju

koja mora biti iz RH i iz druge države