|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ime i prezime podnositelja zahtjeva** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **OIB podnositelja zahtjeva** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adresa** **podnositelja zahtjeva** - mjesto, ulica i kućni broj |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Datum rođenja podnositelja zahtjeva** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ime i prezime **skrbnika** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Broj tekućeg računa za isplatu (IBAN) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ime i prezime vlasnika računa |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kontakt: telefon, mobitel podnositelja /skrbnika |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datum podnošenja zahtjeva |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**UPRAVNI ODJEL ZA ZDRAVSTVO I SOCIJALNU SKRB**

**ISTARSKE ŽUPANIJE**

**ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA ISPLATU NOVČANE NAKNADE**

**OSOBAMA S INTELEKTUALNIM TEŠKOĆAMA**

Temeljem Zaključka Župana KLASA: 402-01/20-01/12, URBROJ: 2163/1-01/8-20-02 od 30. travnja 2020. molim da mi se odobri isplata novčane naknade **osobama s intelektualnim teškoćama** na gore navedeni tekući račun.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(potpis podnositelja)*

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

*(potpis skrbnika)*

Svojim potpisom potvrđujem da su svi podaci navedeni u zahtjevu u cijelosti točni te sam upoznat:

* **da zbog neistinitih podataka mogu snositi zakonske i druge posljedice**
* **da sam dužan/na o svim promjenama koje utječu na ostvarivanje prava (npr. promjena prebivališta) odmah izvijestiti Upravni odjel za zdravstvo i socijalnu skrb Istarske županije**

**I Z J A V A**

Ja, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, OIB\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **izjavljujem pod kaznenom**

*(podnositelj)* *(OIB podnositelja)*

**i materijalnom odgovornošću** da nisam korisnik usluge smještaja ili organiziranog stanovanja,

sukladno Zakonu o socijalnoj skrbi ili drugim propisima.

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

*(potpis podnositelja)*

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

*(potpis skrbnika)*

**NAPOMENA**

***Podnositelj zahtjeva je osoba s intelektualnim teškoćama!***

*Ukoliko se podnositelj zahtjeva nalazi pod skrbništvom, ovaj zahtjev obavezno potpisuje skrbnik.*

***Uz zahtjev je potrebno priložiti:***

- osobnu iskaznicu ili presliku važeće osobne iskaznice za podnositelja zahtjeva i skrbnika – u svrhu utvrđivanja istinitosti navedenih osobnih podataka *(preslika važeće osobne iskaznice izdvaja se iz predmeta spisa nakon prethodnog utvrđenja te se uništava)*

- rješenje o stavljanju pod skrbništvo i imenovanju skrbnika (ukoliko se osoba nalazi pod skrbništvom)

- ukoliko se isplata vrši na zaštićeni račun, potrebno je prijaviti Istarsku županiju kao uplatitelja

***Za podnositelje koji prvi puta dostavljaju zahtjev:***

- nalaz i mišljenje nadležnog tijela vještačenja kojim je osobi utvrđeno intelektualno oštećenje