**HERCEGOVAČKO-NERETVANSKA ŽUPANIJA/KANTON**

**ČITLUK**

**USTANOVA „CENTAR ZA SOCIJALNI RAD ČITLUK“**

**OBRAZAC ZAHTJEVA ZA PRIZNAVANJE STATUSA RODITELJ NJEGOVATELJ**

Napomena: Obrazac ispunjava podnositelj zahtjeva za priznavanje statusa roditelja njegovatelja. Molimo Vas da, prije popunjavanja, pozorno pročitate tekst i odgovorite na sva pitanja koja se odnose na Vas i članove Vaše obitelji, te da uz zahtjev priložite potrebnu dokumentaciju. U ovom ste postupku oslobođeni plaćanja upravnih taksi i troškova postupka.

**1. Osnovni podaci o podnositelju zahtjeva**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vrsta podataka** | **Podnositelj zahtjeva** | **Bračni/izvanbračni partner podnositelja prijave** |
| **JMB** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ime** |  |  |
| **Prezime** |  |  |
| **Djevojačko prezime** |  |  |
| **Ime jednog roditelja** |  |  |
| **Spol** |  |  |
| **Datum rođenja** |  |  |
| **Država rođenja** |  |  |
| **Mjesto rođenja** |  |  |
| **Državljanstvo** |  |  |
| **Adresa prebivališta/boravišta** |  |  |
| **Općina prebivališta/boravišta** |  |  |
| **Poštanski broj** |  |  |
| **Zanimanje** |  |  |
| **Kontakt telefon** |  |  |
| **Kontakt e-mail** |  |  |
| **Školska sprema** |  |  |
| **Radni status** |  |  |
| **Bračni status** |  |  |
| **Broj članova zajedničkog kućanstva uključujući podnositelja zahtjeva** |  |

**2. Osnovni podaci o osobi s invaliditetom koju podnositelj zahtjeva njeguje**

|  |  |
| --- | --- |
| **Vrsta podataka** | **Osoba s invaliditetom koju njeguje podnositelj zahtjeva njeguje** |
| **JMB** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ime** |  |
| **Prezime** |  |
| **Djevojačko prezime** |  |
| **Ime jednog roditelja** |  |
| **Spol** |  |
| **Datum rođenja** |  |
| **Država rođenja** |  |
| **Mjesto rođenja** |  |
| **Državljanstvo** |  |
| **Adresa prebivališta/boravišta** |  |
| **Općina prebivališta/boravišta** |  |
| **Poštanski broj** |  |
| **Zanimanje** |  |
| **Školska sprema** |  |
| **Uzrok nastanka invaliditeta** |  |
| **Srodstvo s podnositeljem zahtjeva** |  |
| **Boravi li osoba s invaliditetom četiri i više sati dnevno u predškolskoj, obrazovnoj ili zdravstvenoj ustanovi, ustanovi socijalne skrbi ili kod drugog pružatelja usluga boravka?** | Da | Ne |
| **Ukoliko je odgovor na prethodno pitanje potvrdan, pruža li joj podnositelj zahtjeva tijekom boravka u tim ustanovama usluge pomoći i njege?** | Da | Ne |
| **Broj i datum rješenja kojim je priznato pravo na osobnu invalidninu I. skupine i dodatak za njegu i pomoć od druge osobe I. skupine** |  |
| **Tijelo koje je donijelo rješenje** |  |
| **Broj i datum nalaza, ocjene i mišljenja Instituta za medicinsko vještačenje zdravstvenog stanja o ispunjavanju uvjeta iz članka 2. stavak (1) Zakona o roditeljima njegovateljima u Federaciji BiH** |  |

**3. Podaci o bankovnom računu podnositelja zahtjeva**

Molim da mi se naknada po osnovu priznatog statusa roditelja njegovatelja isplaćuje na sljedeći račun:

|  |  |
| --- | --- |
| **Naziv banke** |  |
| **Broj transakcijskog računa/ Broj partije** |  |

**4. Izjava podnositelja zahtjeva**

Pod punom materijalnom i kaznenom odgovornošću **izjavljujem** da:

* Svojim vlastoručnim potpisom potvrđujem da su istiniti, potpuni i točni svi podaci navedeni u ovom Obrascu zahtjeva za priznavanje statusa roditelja njegovatelja;
* Upoznat/a sam da zbog neistinitih podataka mogu snositi zakonske i druge posljedice, te da sam dužan/na o svim promjenama koje utječu na ostvarivanje prava odmah izvijestiti ovaj Centar;
* Suglasan/na sam da se informacije koje sam pružio/la koriste u postupku rješavanja mojeg zahtjeva, što uključuje i refundiranje troškova medicinskog vještačenja zdravstvenog stanja, te ovlašćujem Centar da iste ima pravo provjeravati, obrađivati, čuvati i koristiti za druge svrhe u djelokrugu njegovog rada ili ministarstva nadležnog za poslove socijalne zaštite, te prema potrebi pružati i drugim državnim tijelima sukladno zakonu.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Datum podnošenja zahtjeva)

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

(Vlastoručan potpis podnositelja zahtjeva)