OBRAZAC 13.

****

 **REPUBLIKA HRVATSKA**

 **PRIMORSKO – GORANSKA ŽUPANIJA**

 **OPĆINA MATULJI**

 **Jedinstveni upravni odjel**

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

(Ime i prezime podnositelja zahtjeva)

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

(Adresa podnositelja zahtjeva)

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

(Kontakt podnositelja zahtjeva)

(NAPOMENA: Ukoliko su podnositelj zahtjeva i korisnik ista osoba, gore navedene podatke nije potrebno ispunjavati.)

**ZAHTJEV ZA OSTVARIVANJE**

**POMOĆI U KORIŠTENJU ORTOPEDSKIH POMAGALA**

**Podaci o KORISNIKU socijalnog programa**:

* IME I PREZIME KORISNIKA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ADRESA KORISNIKA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* DATUM I MJESTO ROĐENJA KORISNIKA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* OIB KORISNIKA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* KONTAKT KORISNIKA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* RADNI STATUS (zaokružiti) a) zaposlen/a

 b) nezaposlen/a

 c) umirovljenik/ca

**Podaci o SVIM članovima domaćinstva korisnika pomoći iz socijalnog programa:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **IME I PREZIME** | **DATUM ROĐENJA** | **OIB** | **SRODSTVO** | **STATUS** (zaposlen, nezaposlen, dijete, student, kućanica) |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |

**Dodatno pojašnjenje za ostvarivanje pomoći iz Programa socijalne skrbi:**

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

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

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

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

**IZJAVA**

Pod materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem da nemam imovinu veće vrijednosti čija pojedinačna vrijednost prelazi 10.000,00 eura te da nemam u vlasništvu nekretninu koja meni i članovima moje obitelji ne služi za stanovanje.

Izjavljujem da su svi gore navedeni podaci te podaci u navedenim prilozima ovom zahtjevu istiniti, točni i potpuni. Obvezujem se da ću o svakoj promjeni vezanoj uz navedene podatke izvijestiti Općinu Matulji u roku od 8 dana od nastanka promjene.

Ispunjavanjem ovog obrasca daje se suglasnost Općini Matulji za prikupljanje, obradu i korištenje osobnih podataka u svrhu ostvarivanja pomoći u korištenju ortopedskih pomagala. Prikupljanje, obrada, korištenje i zaštita osobnih podataka provodi u skladu sa Općom uredbom za zaštitu podataka.

Potpisom ovog obrasca suglasni ste da se vaši osobni podaci vezani uz ispunjavanje uvjeta (prebivalište) mogu provjeravati kod nadležnih tijela (MUP).

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **(podnositelj zahtjeva / korisnik)**

U Matuljima, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_. godine

**DOKUMENTACIJA KOJU JE POTREBNO PRILOŽITI UZ ZAHTJEV**

Dokaze kojima se potvrđuje razlog potraživanja pomoći u korištenju ortopedskih pomagala (npr. liječnička dokumentacija o zdravstvenom stanju, platne liste, odresci od mirovine, uvjerenje Hrvatskog zavoda za zapošljavanje ukoliko je osoba nezaposlena)

**Članak 42.**

(1) Pomoć u korištenju ortopedskih pomagala mogu koristi starije i nemoćne osobe, osobe sa teškim oboljenjima ili nepokretne odnosno teško pokretne osobe.

(2) Pomoć iz stavka 1. ovog članka obuhvaća dodjelu na korištenje ortopedskog pomagala.

(3) Ortopedsko pomagalo nabavlja Općina Matulji u okviru raspoloživih Proračunskih sredstava za tu namjenu.

(3) Pomoć iz stavka 1.ovog članka ostvaruje se u suradnji sa humanitarnim organizacijama ili ustanovama.

(4) Sa korisnikom pomoći iz stavka 1. zaključuje se ugovor o korištenju.

(5) Način i uvjete korištenja te dodjele pomagala uređuje se aktom kojeg donosi općinski načelnik.