

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

**isplata se vrši isključivo na tekući račun podnositelja zahtjeva (osobe s intelektualnim teškoćama) ili njegovog skrbnika*

ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA NOVČANU NAKNADU ZA OSOBE S INTELKTUALNIM TEŠKOĆAMA

Temeljem Zaključka Župana KLASA: 551-08/24-01/01, URBROJ: 2163-06/5-24-3 od 03. travnja 2024. molim da mi se prizna pravo i isplati **novčana naknada za osobe 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 odgovornosti da nisam korisnik usluge smještaja ili organiziranog stanovanja, sukladno Zakonu o socijalnoj skrbi ili drugim propisima.

(potpis podnositelja)

(potpis skrbnika)

OKRENI

NAPOMENA

PODNOŠITELJ 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 poništava*)
- **rješenje o stavljanju pod skrbništvo i imenovanju skrbnika** (ukoliko se osoba nalazi pod skrbništvom)
- **dokument kojim se dokazuje IBAN podnositelja zahtjeva ili skrbnika** (pribavljena fizički ili elektronski) ili **preslika kartice** (*preslika kartice tekućeg računa izdvaja se iz predmeta spisa nakon okončanja predmeta te se poništava*)
- **ukoliko se isplata vrši na zaštićeni račun, potrebno je prijaviti Istarsku županiju kao uplatitelja u poslovnici FINA-e**

Za podnositelje koji prvi puta dostavljaju zahtjev:

- **nalaz i mišljenje nadležnog tijela vještačenja kojim je osobi utvrđeno intelektualno oštećenje i potpuna nesposobnost za rad**

ŽUPANIJA ISTARSKA-REGIONE ISTRIANA

Upravni odjel za zdravstvo i socijalnu skrb Pula
Assessorato alla sanità e la previdenza sociale Pola

Primljeno:		
Klasifikacijska oznaka	Org. jed.	
Urudžbeni broj	Prih.	Vrij.

*** popunjava Istarska županija**