

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	
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: 402-01/19-01/10, URBROJ: 2163/1-01/8-19-02 od 29. ožujka 2019. 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 odgovornosti 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

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	
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: 402-01/19-01/10, URBROJ: 2163/1-01/8-19-02 od 29. ožujka 2019. 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 odgovornosti 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

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	
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: 402-01/19-01/10, URBROJ: 2163/1-01/8-19-02 od 29. ožujka 2019. 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 odgovornosti 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

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	
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: 402-01/19-01/10, URBROJ: 2163/1-01/8-19-02 od 29. ožujka 2019. 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 odgovornosti 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

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	
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: 402-01/19-01/10, URBROJ: 2163/1-01/8-19-02 od 29. ožujka 2019. 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 odgovornosti 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

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	
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: 402-01/19-01/10, URBROJ: 2163/1-01/8-19-02 od 29. ožujka 2019. 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 odgovornosti 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

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	
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: 402-01/19-01/10, URBROJ: 2163/1-01/8-19-02 od 29. ožujka 2019. 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 odgovornosti 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

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	
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: 402-01/19-01/10, URBROJ: 2163/1-01/8-19-02 od 29. ožujka 2019. 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 odgovornosti 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

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	
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 INTELJEKTUALNIM TEŠKOĆAMA**

Temeljem Zaključka Župana KLASA: 402-01/19-01/10, URBROJ: 2163/1-01/8-19-02 od 29. ožujka 2019. 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 odgovornosti 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

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	
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: 402-01/19-01/10, URBROJ: 2163/1-01/8-19-02 od 29. ožujka 2019. 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 odgovornosti 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

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	
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: 402-01/19-01/10, URBROJ: 2163/1-01/8-19-02 od 29. ožujka 2019. 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 odgovornosti 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

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	
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: 402-01/19-01/10, URBROJ: 2163/1-01/8-19-02 od 29. ožujka 2019. 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 odgovornosti 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

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	
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: 402-01/19-01/10, URBROJ: 2163/1-01/8-19-02 od 29. ožujka 2019. 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 odgovornosti 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

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	
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: 402-01/19-01/10, URBROJ: 2163/1-01/8-19-02 od 29. ožujka 2019. 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 odgovornosti 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

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	
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: 402-01/19-01/10, URBROJ: 2163/1-01/8-19-02 od 29. ožujka 2019. 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 odgovornosti 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

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	
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: 402-01/19-01/10, URBROJ: 2163/1-01/8-19-02 od 29. ožujka 2019. 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 odgovornosti 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

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	
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: 402-01/19-01/10, URBROJ: 2163/1-01/8-19-02 od 29. ožujka 2019. 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 odgovornosti 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

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	
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: 402-01/19-01/10, URBROJ: 2163/1-01/8-19-02 od 29. ožujka 2019. 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 odgovornosti 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

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	
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: 402-01/19-01/10, URBROJ: 2163/1-01/8-19-02 od 29. ožujka 2019. 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 odgovornosti 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

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	
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: 402-01/19-01/10, URBROJ: 2163/1-01/8-19-02 od 29. ožujka 2019. 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 odgovornosti 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