

GRAD SPLIT

Upravni odjel za društvene djelatnosti

Gradski kotar/Mjesni odbor:

**ZAHTJEV ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA
NAKNADU ZA KORISNIKE OSOBNE
INVALIDNINE/INKLUZIVNOG DODATKA
HRVATSKOG ZAVODA ZA SOCIJALNI RAD**

1 Ime i prezime podnosioca zahtjeva (korisnika/ roditelja/skrbnika)

2 OIB

3 Adresa

4 Telefon/ Mobitel/ E-mail

5 IBAN i naziv banke podnosioca zahtjeva (tekući račun):

6 Popuniti ako je korisnik osobne invalidnine/inkluzivnog dodatka dijete:

Ime i prezime	Spol	Datum rođenja	OIB

- 7** Uz zahtjev priloženo:
- Osobna iskaznica korisnika ili roditelja/skrbnika ako je korisnik dijete (preslik)
 - Preslik rješenja Hrvatskog zavoda za socijalni rad o priznatom pravu na osobnu invalidninu/inkluzivni dodatak
 - Preslik izvotka iz matice rođenih/rodnog lista ako je korisnik dijete
 - Dokaze o visini ostalih primanja ostvarenih po osnovi pomoći i naknada/ doplataka prema propisima iz sustava socijalne skrbi ili prema drugim propisima (potvrde ili preslike naloga za isplatu pomoći/ naknada/ doplataka)
 - Potvrdu banke o IBAN-u (preslik ugovora i sl.)

Podnositelj je suglasan da Grad Split preuzme:

- * Uvjerenje o prebivalištu (elektronički zapis MUP-a)
- * Potvrdu o visini dohotka - EDIP (elektronički zapis MFIN)
- * Elektronički zapis e-matice

OKRENI

U slučaju uskrate bilo kojeg podatka potrebnog za ostvarivanje naknade za korisnike osobne invalidnine Hrvatskog zavoda za socijalni rad, zahtjev se neće moći riješiti.

Obaviješten sam da sam dužan svaku promjenu činjenica koje utječu na isplatu naknade korisnicima osobne invalidnine Hrvatskog zavoda za socijalni rad prijaviti Upravnom odjelu za društvene djelatnosti u roku od 15 dana od dana nastanka promjene.

Obaviješten sam da imam pravo na pristup svojim podacima i pravo na ispravak podataka koji se na mene odnose.

Suglasan sam da će, sukladno Odluci o socijalnoj skrbi (Službeni glasnik 19/19, 38/20,70/20,66/23 i 76/24), Upravni odjel za društvene djelatnosti preispitivati postojanje svih traženih uvjeta za ostvarivanje prava na naknadu korisnicima osobne invalidnine/inkluzivnog dodatka Hrvatskog zavoda za socijalni rad.

Grad Split, kao Voditelj zbirke osobnih podataka obavještava Vas da će se Vaši osobni podaci prikupljati i koristiti u svrhu ostvarivanja prava na naknadu korisnicima osobne invalidnine Hrvatskog zavoda za socijalni rad prema Odluci o socijalnoj skrbi. Prihvatanjem ove Izjave, smatra se da sukladno članku 6. stavku 1. točki a UREDBE (EU) 2016/679 EUROPSKOG PARLAMENTA I VIJEĆA slobodno i izričito dajete privolu na prikupljanje i obradu Vaših osobnih podataka ustupljenih Gradu Splitu u gore navedenu svrhu.

Vaši osobni podaci tretirat će se sukladno zakonskim ograničenjima i uz primjenu odgovarajućih tehničko – sigurnosnih mjera.

Vaši osobni podaci dostavljat će se trećim osobama bez vaše izričite prethodne suglasnosti samo u slučajevima propisanim pozitivnim zakonskim propisima.

Potpisom ove izjave potvrđujete da imate više od 18 godina i da zakonski možete dati svoj dobrovoljni pristanak na prikupljanje i obradu Vaših osobnih podataka i osobnih podataka članova Vaše obitelji/kućanstva, kao i drugih osoba, a u svrhu odobravanja traženog prava.

Pod kaznenom i materijalnom odgovornošću jamčim da su svi podaci koji se navode točni i istiniti.

MJESTO I DATUM:

VLASTORUČNI POTPIS PODNOSITELJA ZAHTEJVA

Prilog:

Uputa o pravima ispitanika

DATUM ZAPRIMANJA U GK/MO:
(samo ako je predan u GK/MO)

Pečat GK/MO

Administrativni tajnik/ca: