

**HRVATSKI ZAVOD ZA
SOCIJALNI RAD
PODRUČNI URED**

Prostor za prijemni štambilj:

ZAHTJEV

**ZA ISPLATU NAKNADE ZA PRIJELAZNO RAZDOBLJE ZA USLUGU
OSOBNE ASISTENCIJE
KOJU PRUŽA OSOBNI ASISTENT**

PODACI O KORISNIKU KOJI PODNOSI ZAHTJEV

Ime i prezime:

OIB:

Kontakt:

Telefon:

E-mail:

**Adresa prijavljenog
prebivališta**

(ulica i broj)
(poštanski broj, mjesto)

Adresa boravišta (ulica i broj) (poštanski broj, mjesto)		
Živi (izaberite i označite oznakom „X“)	☐	Sam
	☐	U kućanstvu /obitelji

PODNOŠITELJ ZAHTEVA: *(zaokružiti)*

a) osobno korisnik: PUNOLJETNA OSOBA

b) zakonski zastupnik za MALOLJETNU OSOBU

(ime, prezime, OIB, adresa, telefon)

PUNOLJETNA osoba koja je koristila pravo na uslugu osobne asistencije koju pruža osobni asistent na dan objave Odluke Ustavnog suda RH 19. prosinca 2025. godine

Od: datum izvršnosti rješenja o usklađivanju prava na uslugu osobne asistencije koju pruža osobni asistent	
razlika u broju sati za razdoblje od 19. prosinca 2025. godine do datuma izvršnosti rješenja o usklađivanju prava na uslugu osobne asistencije koju pruža osobni asistent	

PUNOLJETNA osoba koja do dana objave Odluke Ustavnog suda RH 19. prosinca 2025. godine nije mogla ostvariti pravo na uslugu osobne asistencije koju pruža osobni asistent zbog postojanja zapreka iz članka 13. stavka 1. podstavka 1., 3. ili 4. Zakona o osobnoj asistenciji („Narodne novine“, broj 71/23.)

Od: datum izvršnosti rješenja o priznavanju prava na uslugu osobne asistencije koju pruža osobni asistent	
ukupan broj neiskorištenih sati usluge u prijelaznom razdoblju (razdoblje od 19. prosinca 2025. godine do izvršnosti rješenja o priznavanju prava na uslugu osobne asistencije koju pruža osobni asistent)	

MALOLJETNA osoba koja je na dan objave Odluke Ustavnog suda RH 19. prosinca 2025. godine ispunjavala pretpostavke iz članka 12. Zakona o osobnoj asistenciji („Narodne novine“, broj 71/23.)

Od: datum izvršnosti rješenja o priznavanju prava na uslugu osobne asistencije koju pruža osobni asistent	
ukupan broj neiskorištenih sati usluge u prijelaznom razdoblju (razdoblje od 19. prosinca 2025. godine do izvršnosti rješenja o priznavanju prava na uslugu osobne asistencije koju pruža osobni asistent)	

IZJAVA

Kao podnositelj/ica zahtjeva za priznavanje naknade za prijelazno razdoblje za uslugu osobne asistencije koju pruža osobni asistent izjavljujem da su svi podaci koje sam naveo/la u zahtjevu istiniti, točni i potpuni te da za svoju izjavu preuzimam svu materijalnu i kaznenu odgovornost.

Upoznat/a sam:

- da sam dužan/na o svim promjenama koje utječu na ostvarivanje prava najkasnije u roku osam dana izvijestiti Zavod.

Suglasan/a sam:

- da se informacije koje sam pružio/la koriste u postupku rješavanja mog zahtjeva te ovlašćujem Zavod da iste ima pravo provjeravati, obrađivati, čuvati i koristiti za druge svrhe u djelokrugu rada ovog Zavoda ili ministarstva nadležnog za poslove socijalne skrbi te, prema potrebi, pružati i drugim državnim tijelima u skladu sa zakonom.

U _____ *dana* _____

Potpis podnositelja zahtjeva:

Prilaže se:

- potvrda banke (ovlaštenje/suglasnost) o broju tekućeg računa