



# OPĆINA LOKVE

Šetalište Golubinjak 6, 51316 Lokve

Telefon.: +385 51 831 255

+385 51 831 336

Fax.: +385 51 507 077

Web: [www.lokve.hr](http://www.lokve.hr)

e-mail: [opcina@lokve.hr](mailto:opcina@lokve.hr)

PRIJEMNI PEČAT

1. ZAHTJEV		2. PRIJEDLOG		3. PRIMJEDBA		4. OČITOVANJE		5. ŽALBA	
1. NAČELNIK	2. PROČELNIK	3. ODSJEK ZA PRORAČUN I FINACIJE		4. ODSJEK PROSTORNOG PLANIRANJA		5. KOMUNALNI REDAR		6. ODBORI	

## ISPUNJAVA PODNOSITELJ

ZAOKRUŽITI BROJ

Ime: \_\_\_\_\_ Prezime: \_\_\_\_\_ Adresa: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ OIB: \_\_\_\_\_ IBAN: \_\_\_\_\_

**Kratak opis zahtjeva / prijedloga / primjedbe / očitovanja / žalbe:**


### KOD PREDAJE ZAHTJEVA ZA OSTVARIVANJE PRAVA IZ SOCIJALNE SKRBI, MOGUĆE JE PRIJAVITI SE NA TEMELJU DVA UVJETA I KRITERIJA:

- SOCIJALNI UVJET** – korisnik ispunjava socijalni uvjet ako na temelju rješenja nadležnog centra za socijalnu skrb ostvaruje jedno od prava i to: pravo na zajamčenu minimalnu naknadu, pravo na doplatu za pomoć i njegu I pravo na osobnu invalidninu, sukladno čl.10. Odluke o socijalnoj skrbi na području Općine Lokve (" Službene novine Općine Lokve", broj 11/22 i 11/23)
- UVJET PRIHODA** - sukladno čl.11. Odluke o socijalnoj skrbi na području Općine Lokve ("Službene novine Općine Lokve", broj 11/22 i 11/23)

### DOKUMENTACIJA (koju je potrebno priložiti uz zahtjev):

- Dokaz o prebivalištu podnositelja zahtjeva** (preslika osobne iskaznice ili uvjerenje nadležnog tijela)
- Dokaz o broju članova obitelji podnositelja zahtjeva** (preslike osobnih iskaznica za sve članove obitelji, odnosno rodni list ili domovnica za članove obitelji koji nemaju osobnu iskaznicu)
- Dokaz o prihodu podnositelja zahtjeva i članova obitelji koji ostvaruju prihod**

(preslika odreska od mirovine ili preslika platne liste za posljednja tri mjeseca, preslika Rješenja o naknadi Zavoda za zapošljavanje i sl.)

**4. Dokumentacija kojom se dokazuju navodi iz zahtjeva za koju namjenu se traži financijska pomoć** (preslika novije liječničke dokumentacije iz koje je vidljivo o kojoj bolesti se radi, potvrda liječnika da podnositelj zahtjeva sam snosi troškove skupog liječenja, i sl.)

**5. Preslika kartice IBAN računa**, odnosno zaštićenog računa ukoliko je račun u blokadi.

### Zaštita osobnih podataka

Izjavljujem da sam upoznat/a s Politikom zaštite osobnih podataka Općine Lokve, a osobito sa sljedećim informacijama:

- voditelj obrade: OPĆINA LOKVE, Šetalište Golubinjak 6, 51316 Lokve, OIB: 28587364712, tel.: 051/831-255, e-mail: [pisarnica@lokve.hr](mailto:pisarnica@lokve.hr),
- službenik za zaštitu osobnih podataka: Ivana Pintar, dipl.iur., tel: 051/831-255, e-mail: [ivana@lokve.hr](mailto:ivana@lokve.hr),
- svrha i pravna osnova obrade osobnih podataka: ostvarivanje prava i provjeravanje ispunjavanja uvjeta propisanih Odlukom o socijalnoj skrbi na području Općine Lokve (Službene novine PGŽ br. 21/06); kontakt s podnositeljem zahtjeva
- podaci se ne prosljeđuju trećim osobama
- podaci će biti trajno pohranjeni
- prava podnositelja zahtjeva: pristup osobnim podacima, ispravak ili brisanje osobnih podataka, ograničavanje obrade, ulaganje prigovora, prenosivost podataka, podnošenje prigovora nadzornom tijelu (ref. Politika zaštite osobnih podataka, tč. 10.)
- pružanje osobnih podataka nužno je za ostvarivanje prava, odnosno, u slučaju nepružanja istih, neće moći biti udovoljeno zahtjevu.

Datum podnošenja: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Potpis podnositelja

### ISPUNJAVA ODGOVORNA OSOBA

Ime: \_\_\_\_\_ Prezime: \_\_\_\_\_ Radno Mjesto: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

#### Obrazloženje:


Datum odgovora: \_\_\_\_\_

M.P.

\_\_\_\_\_  
Potpis odgovorne osobe

## IZJAVA O ČLANOVIMA ZAJEDNIČKOG KUĆANSTVA

Pod materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem da živim u zajedničkom kućanstvu sa :

Red.br	Ime i prezime	OIB	Srodstvo	Radni status

**NAPOMENA: Nepotpuni i nepravilno popunjeni zahtjevi neće se razmatrat**