

Ime i prezime roditelja/skrbnika/udomitelja _____

OIB _____

Adresa prebivališta (adresa na osobnoj iskaznici) _____

Telefonski broj (kućni ili/i mobitel) _____

E-mail _____

OPĆINA LOVRAN
Odsjek za društvene djelatnosti

**ZAHTJEV
ZA FINANCIRANJE BORAVKA DJECE U DJEČJEM VRTIĆU LOVRAN**

Ime i prezime djeteta: _____

OIB djeteta: _____

Adresa djeteta: _____

Broj članova kućanstva: _____

Zahtjev se podnosi po (zaokružiti samo 1 od mogućnosti):

- a) socijalnom uvjetu
- b) uvjetu prihoda
- c) uvjet dječjeg doplatka
- d) posebni uvjet

Dijete pohađa (zaokružiti samo 1 od mogućnosti) :

- a) cjelodnevni boravak
- b) poludnevni boravak

Zaposlenje roditelja (zaokružiti samo 1 od mogućnosti) :

- a) oba roditelja zaposlena / samohrani roditelj zaposlen
- b) jedan od roditelja zaposlen
- c) roditelji nisu zaposleni / samohrani roditelj nije zaposlen

Zahtjevu se prilaže:

- ugovor o upisu u dječji vrtić za tekuću pedagošku godinu
- uvjerenje o prebivalištu za sve članove domaćinstva ili kopije osobnih iskaznica (originali na uvid)
- dokaz o zaposlenosti / nezaposlenosti roditelja
- dokumentacija kojom se dokazuje stjecanje uvjeta po kojemu se podnosi Zahtjev:

- Socijalni uvjet: rješenje Hrvatskog zavoda za socijalni rad o pravu na zajamčenu minimalnu naknadu
- Uvjet prihoda: - porezno uvjerenje za sve članove obitelji / domaćinstva
- potvrdu o visini primanja u zadnja 3 mjeseca koja prethode mjesecu u kojem je podnesen zahtjev za ostvarivanje prava, za sve članove kućanstva sukladno članku 8. Odluke o socijalnoj skrbi Općine Lovran (SNOL 2/23) i to za:

Status:	Potrebna dokumentacija:
Zaposlene	Isplatne liste
Vlasnike obrta	Porezno rješenje ili potvrdu o visini dohotka
Umirovljenike	Odrešci od mirovine
Nezaposlene	Potvrda Hrvatskog zavoda za zapošljavanje
Učenike srednje škole i studente	Potvrda o redovitom školovanju/ studiranju
Kućanice	Potvrda Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za osiguranu osobu člana obitelji osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju
Žene na rodiljinom dopustu	Potvrda Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje o naknadi za vrijeme rodiljinog dopusta

- Uvjet dječjeg doplatka: rješenje Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje o priznanju prava na dječji doplatok za tekuću godinu
- Posebni uvjet: dokaz da je
 - a) dijete, udovica i roditelji poginulog, umrlog, zatočenog ili nestalog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata ili
 - b) dijete hrvatskog ratnog vojnog invalida iz Domovinskog rata (sve skupine oštećenja organizma sukladno zakonu) ili
 - c) hrvatski ratni vojni invalidi iz Domovinskog rata (sve skupine oštećenja organizma sukladno zakonu).

Ujedno, izjavljujem pod kaznenom i materijalnom odgovornošću te potvrđujem da su podaci navedeni u ovom zahtjevu i priloženoj dokumentaciji točni, te dajem privolu da nadležni Odjel za društvene djelatnosti, financije i proračun, Odsjek za društvene djelatnosti u Općini Lovran ima pravo provjeravati, obrađivati, čuvati i koristiti navedene podatke u skladu s važećim propisima u svrhu utvrđivanja mjerila za ostvarivanje prava na financiranje boravka djece u dječjem vrtiću i čuvati podatke u trajanju s nadležnim propisima.

U Lovranu, _____

**_____
(Potpis podnositelja zahtjeva)**