**Naziv podnositelja zahtjeva:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OIB:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Adresa:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**E-mail:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Napomena: na navedenu e-mail adresu se može, u smislu članka 94. st.4 Zakona o općem upravnom postupku, vršiti dostava pismena

**G R A D Z A G R E B**

**GRADSKI URED ZA SOCIJALNU ZAŠTITU, ZDRAVSTVO, BRANITELJE I OSOBE S INVALIDITETOM**

**Trg Stjepana Radića 1, Zagreb**

**ZAHTJEV ZA UTVRĐIVANJE ISPUNJAVANJA MJERILA ZA PRUŽANJE USLUGE OSOBNE ASISTENCIJE**

(Zakon o osobnoj asistenciji NN 71/23; Pravilnik o mjerilima za pružanje usluge osobne asistencije, utvrđivanju cijene, sadržaju obrasca za podnošenje prijave na javni poziv te načinu i uvjetima sklapanja ugovora NN 96/23, u daljnjem tekstu: Pravilnik)

Rješenjem Grada Zagreba, Gradskog ureda za socijalnu zaštitu, zdravstvo, branitelje i osobe s invaliditetom, KLASA: \_\_\_ ; URBROJ:\_\_\_\_ od \_\_\_ (datum), utvrđeno je da\_\_\_\_(naziv podnositelja) ispunjava mjerila za pružanje usluge osobne asistencije. Ovim putem molim da se za niže navedene osobe utvrde uvjeti za pružanje usluge osobne asistencije kuju pruža :

* osobni asistent (za osobe s tjelesnim, intelektualnim ili mentalnim oštećenjem)
* komunikacijski posrednik za gluhe osobe koji pruža komunikacijsku podršku hrvatskim znakovnim jezikom
* komunikacijski posrednik za gluhe osobe koji pruža komunikacijsku podršku u ostalim sustavima komunikacije
* komunikacijski posrednik za gluhoslijepe osobe koji pruža komunikacijsku podršku hrvatskim znakovnim jezikom
* komunikacijski posrednik za gluhoslijepe osobe koji pruža komunikacijsku podršku u ostalim sustavima komunikacije
* videći pratitelj

Zahtjevu priložiti

:

1. izjavu o zaposlenim osobama
2. potvrdu o prijavi na Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje
3. dokaz o stručnoj spremi
4. dokaz o završenoj edukaciji, sukladno članku 6. Pravilnika
5. dokaz o zdravstvenoj sposobnosti – ne stariji od 6 mjeseci
6. rješenje o ispunjavanju mjerila za pružanje usluge osobne asistencije

Sukladno Uredbi o Tarifi upravnih pristojbi (NN 156/22) naplaćuje se pristojba u iznosu od 9,29 € državnih biljega (2,65 EUR za zahtjev i 6,64 EUR za rješenje). Oslobođenja od plaćanja pristojbi propisana su člankom 8. Zakona o upravnim pristojbama (NN 115/16, 114/22).

U Zagrebu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ime i prezime i potpis osobe ovlaštene za zastupanje)