

- c) udomiteljima / skrbnicima
- d) samohranim roditeljem

Je li obitelj u tretmanu Centra za socijalnu skrb: DA – NE

Koja vrsta tretmana (zaokružite):

- nadzor nad roditeljskim pravom
- brakorazvodna parnica
- korisnici pomoći
- evidentirani zbog zdravstvenih problema u obitelji

Ime i godina rođenja vaše ostale djece, odgojno-obrazovna ustanova koju polaze:

1. _____, rođen-a _____, polazi _____
2. _____, rođen-a _____, polazi _____
3. _____, rođen-a _____, polazi _____
4. _____, rođen-a _____, polazi _____
5. _____

III. OSTALI PODACI-ukoliko ostvarujete koja od ovih prava, u natječaju pogledajte dokumentaciju kojom možete dokazati navedeno.

Jesu li roditelji djeteta sudjelovali u Domovinskom ratu?	DA	NE
Postoji li invalidnost po toj osnovi- HRVI? Postotak invalidnosti: _____	DA	NE
Je li roditelj djeteta civilni invalidi ? Postotak invalidnosti: _____	DA	NE
Jeste li korisnici doplatka za pomoć i njegu u punom iznosu?	DA	NE
Jesu li roditelji korisnici osobne invalidnine sukladno Zakonu o socijalnoj skrbi?	DA	NE
Je li roditelj djeteta smrtno stradali pirotehničar?	DA	NE
Primate li dječji doplatak?	DA	NE
Ima li dijete koje želite upisati teškoće u razvoju?	DA	NE
Je li dijete u godini prije polaska u osnovnu školu?	DA	NE
Jesu li roditelji djeteta redovni učenici ili studenti?	DA	NE
Rade li roditelji u smjenama ili imaju odvojen život zbog prirode posla?	DA	NE

Svojim potpisom potvrđujete istinitost navedenih podataka. U slučaju da se utvrdi lažnost podataka možete prekršajno odgovarati.

U Koprivnici, _____ 20 __. Potpis roditelja: _____