

REPUBLIKA HRVATSKA ZAGREBAČKA ŽUPANIJA

Upravni odjel za zdravstvo, socijalnu skrb i hrvatske branitelje

Ulica grada Vukovara 72/V

10 000 Zagreb

 , dana 20

**ZAHTJEV ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA JEDNOKRATNU NOVČANU POMOĆ**

1. **PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA:**

Ime i prezime: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Adresa prebivališta: Adresa trenutnog boravišta: Datum i godina rođenja:

Osobni identifikacijski broj (OIB): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IBAN tekućeg ili žiro računa:

*(u sIučaju podmirenja troškova Iiječenja dostaviti IBAN* žiro *računa)*

Broj telefona:

Radni status podnositelja zahtjeva (zaokružiti): a) zaposlen;

* 1. nezaposlen,
  2. u mirovini.

Zahtjev podnosi (zaokružiti):

a) osobno b) bračni drug c) punoljetno dijete d) roditelj

e) zakonski zastupnik/skrbnik f) Centar za socijalnu skrb g) jedinica lokalne samouprave

Da li ste korisnik novčanih prava u Centru za socijalnu skrb:

1. ne;
2. da,
3. ako da, navesti kojih: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podaci o zakonskom zastupniku ili skrbniku podnositelja zahtjeva:

*(ukoliko je podnositelju zahtjeva oduzeta poslovna* sposobnost)

Ime i prezime: Adresa prebivališta: Osobni identifikacijski broj (OIB): \_\_

IBAN tekućeg ili žiro računa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(u sIučaju podmirenja troškova Iiječenja dostaviti IBAN* žiro *računa)*

Broj telefona:

1. **PODACI O ČLANOVIMA OBITELJI:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Redni broj | Ime i prezime | Datum rođenja | Srodstvo s podnositeljem zahtjeva | Radni status |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **NAMJENA JEDNOKRATNE NOVČANE POMOĆI UZ KRATKI OPIS POTREBE:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potpis podnositelja/ice zahtjeva:

Zahtjevu prilažem (zaokružiti):

1. preslika osobne iskaznice;
2. preslika kartice tekućeg ili žiro računa (u slučaju podmirenja troškova liječenja dostaviti presliku kartice žiro računa);
3. dokaz o primanjima u posljednja tri mjeseca prije podnošenja zahtjeva za svaki mjesec (plaća, mirovina) za sve članove zajedničkog kućanstva;
4. potvrda o nezaposlenosti;
5. potvrda MUP-a o obavljenom očevidu i zaključak ili rješenje o dodjeli novčane pomoći nadležne jedinice lokalne samouprave u slučaju više sile;
6. liječnička dokumentacija;
7. potvrda o sudjelovanju u Domovinskom ratu;
8. rješenje o postotku invalidnosti za hrvatske ratne vojne i civilne invalide,
9. druga dokumentacija (navesti koja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*"Potpisom ovog Zahtjeva podnositelj zahtjeva daje izričitu privolu Zagrebačkoj županiji da može poduzimati radnje vezane uz obradu njegovih osobnih podataka navedenih u ovom Zahtjevu, a Zagrebačka županija se obvezuje koristiti podatke samo u svrhu za koju su namijenjeni, uz poštivanje odredbi Uredbe (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka te o stavljanju izvan snage Direktive 95/46/EZ (Opća uredba o zaštiti podataka; SL EU L119) i drugim važećim propisima o zaštiti osobnih podataka, a u svrhu ostvarivanja prava na jednokratnu novčanu pomoć.*

*Podnositelj Zahtjeva potvrđuje da je prije potpisa ovog Zahtjeva obaviješten o namjeri korištenja osobnih podataka, a ovom izjavom daje privolu na takvu obradu.*

*Pod materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da su navedeni podaci istiniti te ih kao takve vlastoručno potpisujem."*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_