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

(ime i prezime)

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

(datum i mjesto rođenja)

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

(adresa prebivališta)

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

(OIB)

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

(telefon)

**ZAGREBAČKA ŽUPANIJA**

**Upravni odjel za zdravstvo, socijalnu skrb i hrvatske branitelje**

**Ispostava \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA**

**na dodatak za pripomoć u kući**

Molim Naslov da mi sukladno Zakonu o civilnim stradalnicima iz Domovinskog rata prizna pravo na dodatak za pripomoć u kući kao (zaokružiti):

1. civilnom invalidu iz Domovinskog rata - korisniku novčane naknade sukladno Zakonu o civilnim stradalnicima iz Domovinskog rata
2. civilnom invalidu iz Domovinskog rata – korisniku zajamčene minimalne naknade sukladno Zakonu o socijalnoj skrbi
3. korisnik obiteljske invalidnine CIDR koji je korisnik novčane naknade sukladno Zakonu o civilnim stradalnicima iz Domovinskog rata
4. korisnik obiteljske invalidnine CIDR koji je korisnik zajamčene minimalne naknade sukladno Zakonu o socijalnoj skrbi.

Isto pravo mi je potrebno iz razloga što (opisati zdravstveno stanje):

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

Ujedno izjavljujem kako (zaokružiti) JESAM – NISAM korisnik prava na doplatak za pomoć i njegu druge osobe sukladno propisima o mirovinskom osiguranju ili socijalnoj skrbi.

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

(datum)

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

(potpis podnositelja zahtjeva)

**Zahtjevu prilažem:**

1. medicinsku dokumentaciju
2. pravomoćno i izvršno rješenje nadležnog HZSR o priznatom pravu na zajamčenu minimalnu naknadu
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_