



REPUBLIKA HRVATSKA  
ZAGREBAČKA ŽUPANIJA  
Upravni odjel za zdravstvo i socijalnu skrb  
Ulica grada Vukovara 72/V  
10 000 Zagreb

U \_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.

## ZAHTJEV ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA JEDNOKRATNU NOVČANU POMOĆ

### I. 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 slučaju podmirenja troškova liječenja dostaviti IBAN žiro računa)*

Broj telefona: \_\_\_\_\_

Radni status podnositelja zahtjeva (zaokružiti): a) zaposlen;  
b) nezaposlen,  
c) 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



### III. 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_).