**OBRAZAC 1**

|  |
| --- |
|  |
| (ime i prezime podnositelja zahtjeva) |
|  |
| (adresa prebivališta) |

**ZAGREBAČKA ŽUPANIJA**

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

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

**ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE STATUSA  
CIVILNOG INVALIDA IZ DOMOVINSKOG RATA I PRAVA PO OSNOVI OŠTEĆENJA ORGANIZMA  
prema Zakonu o civilnim stradalnicima iz Domovinskog rata**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***OSOBNI PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA:*** | | | |
| IME I PREZIME, IME RODITELJA: |  | | |
| ADRESA PREBIVALIŠTA (navesti adresu sa osobne iskaznice, ukoliko se razlikuje od adrese na kojoj korisnik boravi navesti obje adrese): |  | | |
| MJESTO I DRŽAVA ROĐENJA: |  | | |
| DATUM ROĐENJA: |  | | |
| OIB/MB: |  | | |
| BROJ TELEFONA: |  | BROJ MOBITELA: |  |
| PODACI OPUNOMOĆENIKA – ZAKONSKOG ZASTUPNIKA – SKRBNIKA | | | |
|  | | | |
| (ime i prezime, adresa prebivališta, broj telefona) | | | |

|  |
| --- |
| **PODNOSIM ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE STATUSA CIVILNOG INVALIDA IZ DOMOVINSKOG RATA TE PRAVA NA:** |

1. OSOBNU INVALIDNINU

2. DODATAK ZA NJEGU I POMOĆ DRUGE OSOBE

3. ORTOPEDSKI DODATAK

|  |
| --- |
| **PO OSNOVI SLJEDEĆEG OŠTEĆENJA ORGANIZMA:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A) | RANA ILI OZLJEDA DIJELA TIJELA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a uzrok je: | |
|  | 1. | zatočenje u logoru, zatvoru ili drugom neprijateljskom objektu, odnosno drugo lišenje slobode u vezi s okolnostima iz Domovinskog rata od: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, u \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | 2. | ratni događaji i operacije: bombardiranje, eksplozija mine, zalutali metak i sl. |
|  | 3. | eksplozija minsko-eksplozivnih sredstava zaostalih nakon ratnih operacija u Domovinskom ratu |
|  | 4. | eksplozija minsko-eksplozivnih sredstava ili uporaba vatrenog oružja izvan ratnih operacija, ali u vezi s okolnostima iz Domovinskog rata |

B) BOLEST \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, koja je neposredna posljedica zatočenja u logoru, zatvoru ili drugom neprijateljskom objektu, odnosno drugog lišenja slobode u vezi s okolnostima iz Domovinskog rata od: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, u \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OKOLNOSTI STRADAVANJA (opis) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

– datum stradavanja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

– mjesto stradavanja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IZJAVA O SUGLASNOSTI**

Dobrovoljno dajem svoje osobne podatke te privolu u smislu prikupljanja i obrade istih u navedenu svrhu.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| U |  | , dana |  |  |  |

(potpis podnositelja zahtjeva)

POTREBNI DOKAZI(Dokaze pod točkama 1. i 2. dužan je pribaviti podnositelj zahtjeva

Dokaze pod točkama 3. do 5. pribavit će se po službenoj dužnosti, a može ih priložiti i korisnik ukoliko raspolaže navedenim dokazima):

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Preslika osobne iskaznice |
| 2. | Medicinska dokumentacija koja se odnosi isključivo na predmetno oštećenje organizma: |
|  | −     za ranjavanje ili ozljeđivanje: neophodan dokaz je medicinska dokumentacija nastala neposredno nakon stradavanja. Za stradavanje u Domovinskom ratu prva medicinska dokumentacija mora biti najkasnije s datumom 30. 9. 1996. godine |
|  | −     za bolest neophodan dokaz je medicinska dokumentacija koja potječe iz vremena zlostavljanja odnosno otpusta iz zatočeništva ili iz vremena od 30 dana nakon toga, a iznimno za bolest psihe prva medicinska dokumentacija ne smije biti starija od dvije godine nakon zlostavljanja odnosno otpusta iz zatočeništva |
| 3. | Potvrda o uzroku i okolnostima stradavanja, izdana od nadležne policijske uprave i drugih nadležnih tijela |
| 4. | Potvrda o zatočenju – za podnositelje zahtjeva koji su bili u zatočeništvu, kojima je osnova oštećenja organizma rana, ozljeda ili bolest kao posljedica zatočeništva |
| 5. | Potvrda Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje o neprimanju naknade za predmetno tjelesno oštećenje |
| 6. | Drugi dokazi |