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

(ime i prezime podnositelja zahtjeva)

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

(adresa)

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

MEĐIMURSKA ŽUPANIJA

UPRAVNI ODJEL ZA CIVILNO DRUŠTVO I

LJUDSKA PRAVA

ODSJEK ZA HRVATSKE BRANITELJE

**ZAHTJEV ZA OSLOBOĐENJE OD SUDJELOVANJA U POKRIĆU DIJELA TROŠKOVA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE IZ OBVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA**

**(„HB“ zdravstvena iskaznica)**

1.IME I PREZIME, OČEVO IME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.DATUM I MJESTO ROĐENJA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. OIB:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.DRŽAVLJANSTVO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. PREBIVALIŠE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. TELEFON:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. ZAHTJEV PODNOSIM PO SLJEDEĆOJ OSNOVI:

a) članovi uže i šire obitelji smrtno stradalog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata dok su korisnici prava na obiteljsku invalidninu

b) članovi uže i šire obitelji nestalog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata dok su korisnici prava na novčanu naknadu obiteljske invalidnine

c) hrvatski ratni vojni invalidi iz Domovinskog rata

d) hrvatski branitelji iz Domovinskog rata s utvrđenim oštećenjem organizma od najmanje 30%

e) djeca smrtno stradalih/nestalih hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata nakon prestanka prava na obiteljsku invalidninu, odnosno novčanu naknadu u iznosu obiteljske invalidnine, ako su nezaposlena i ako su za vrijeme korištenja obiteljske invalidnine, odnosno novčane naknade u iznosu obiteljske invalidnine, ostali bez roditeljske skrbi drugog roditelja ili je nastupila smrt drugog roditelja

f) djeca smrtno stradalih/nestalih hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata nakon prestanka prava na obiteljsku invalidninu, odnosno novčanu naknadu u iznosu obiteljske invalidnine, ako su korisnici naknade za nezaposlene hrvatske branitelje iz Domovinskog rata i članove njihove obitelji.

U\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ godine.

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

(potpis podnositelja)

UZ ZAHTJEV JE POTRENO PRILOŽITI:

1. Preslika osobne iskaznice

2. Dokaz o utvrđenom statusu (u slučaju iz točke 7. zahtjeva)

3. Rješenje o utvrđenom oštećenju organizma od najmanje 30% (u slučaju iz točke 7. d) zahtjeva)

4. Uvjerenje da se protiv korisnika ne vodi kazneni postupak za kaznena djela iz čl. 21. Zakona od

nadležnog općinskog suda prema mjestu prebivališta i potvrda iz kaznene evidencije Ministarstva

uprave i pravosuđa da korisnik nije pravomoćnom sudskom presudom osuđen za kaznena djela iz čl.

21. Zakona

5. Dokaz o korištenju obiteljske invalidnine, odnosno novčane naknade u iznosu obiteljske invalidnine

(u slučaju iz točke 7. a) i b) zahtjeva)

6. Dokaz o lišenju roditeljske skrbi drugog roditelja ili smrti drugog roditelja (u slučaju iz točke 7. e)

zahtjeva)

7. Dokaz o nezaposlenosti ( u slučaju iz točke 7. e) zahtjeva)

8. Dokaz o korištenju naknade za nezaposlene hrvatske branitelje iz Domovinskog rata i članove njihovih obitelji

(u slučaju iz točke 7. f) zahtjeva)

IZJAVA O SUGLASNOSTI

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

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ godine.

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

(potpis podnositelja zahtjeva)