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

IME I PREZIME

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

OIB

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

PREBIVALIŠTE

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

TELEFON, MAIL

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

 BORAVIŠTE (ukoliko je različito od prebivališta)

**GRAD ZAGREB**

**GRADSKI URED ZA SOCIJALNU ZAŠTITU, ZDRASTVO, BRANITELJE I OSOBE S INVALIDITETOM**

**SEKTOR ZA BRANITELJE**

**ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA DODATAK ZA PRIPOMOĆ U KUĆI**

Molim Naslov da mi prizna pravo na dodatak za pripomoć u kući kao:

1. ratnom vojnom invalidu, mirnodopskom vojnom invalidu, civilnom invalidu rata
2. korisniku/ci prava na obiteljsku invalidninu

s obzirom da zbog trajnih promjena u zdravstvenom stanju ne mogu ispunjavati osnovne životne zahtjeve

 1. Korisnik/ca sam zajamčene minimalne naknade DA NE *(zaokružiti)*.

Izjavljujem da **NISAM - JESAM** *(zaokružiti)* korisnik/ca prava na doplatak za pomoć i njegu druge osobe sukladno Zakonu o zaštiti vojnih i civilnih invalida rata ili po drugim propisima

**IZJAVA O SUGLASNOSTI**

Upoznat-a sam da se, sukladno čl. 6. st. 1., čl. 7. st. 1. i čl. 9. st. 1. i 2. Zakona o zaštiti osobnih podataka („Narodne novine“ broj 103/03., 118/06., 41/08., 130/11. i 106/12.), moji osobni podaci kao podnositelja zahtjeva za priznavanje statusa temeljem Zakona o zaštiti vojnih i civilnih invalida rata prikupljaju isključivo u svrhu ostvarivanja traženog statusa i pripadajućih prava te da se u druge svrhe neće koristiti. Također sam informiran o identitetu voditelja zbirke. Dobrovoljno dajem svoje osobne podatke te privolu u smislu prikupljanja i obrade istih u navedenu svrhu.

Ime i prezime službene osobe voditelja postupka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel.

službene osobe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

 potpis

**Zahtjevu prilažem:**

1. medicinsku dokumentaciju
2. pravomoćno rješenje nadležnog Centra za socijalnu skrb o priznatom pravu na zajamčenu minimalnu naknadu
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_