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

 (ime i prezime)

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

 (datum i mjesto rođenja, OIB)

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

 (adresa prebivališta)

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

 (telefon)

 **PRIMORSKO-GORANSKA ŽUPANIJA**

 **UPRAVNI ODJEL ZA SOCIJALNU POLITIKU I MLADE**

 **PODODSJEK ZA HRVATSKE BRANITELJE I**

 **RATNE STRADALNIKE**

**PREDMET: Zahtjev za priznavanje prava na doplatak za pripomoć u kući**

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

1. hrvatskom branitelju iz Domovinskog 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)*.

 **2. Korisnik/ca sam novčane naknade za nezaposlene hrvatske branitelje iz**

 **Domovinskog rata i članove njihovih obitelji**  DA NE *(zaokružiti).*

Izjavljujem da \_\_\_\_\_\_\_\_ korisnik/ca prava na doplatak za pomoć i njegu druge osobe

sukladno Zakonu o hrvatskim braniteljima iz Domovinskog rata i članovima njihovih obitelji odnosno propisima o mirovinskom osiguranju ili socijalnoj skrbi.

U Rijeci, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ godine

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

 (potpis podnositelja zahtjeva)

**Zahtjevu prilažem:**

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