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

(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. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_