**, Obrazac broj 1**

**Zahtjev**

**za priznavanje prava na naknadu za nezaposlene hrvatske branitelje iz Domovinskog rata i članove njihovih obitelji**

Primorsko-goranska županija, Upravni odjel za socijalnu politiku i mlade

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

ZAHTJEV

|  |
| --- |
| **1.** **OSOBNI PODACI O KORISNIKU**: |
| IME I PREZIME: |  |
| ADRESA PREBIVALIŠTA: |  |
| MJESTO I DRŽAVA ROĐENJA: |  |
| DATUM ROĐENJA: |  |
| OIB: |  |
| MBG: |  |
| BROJ TELEFONA/MOBITELA: |  |
| IME I PREZIME, PREBIVALIŠTE, BROJ TELEFONA KORISNIKOVA OPUNOMOĆENIKA/ZAKONSKOG ZASTUPNIKA/SKRBNIKA (ako on podnosi zahtjev) |  |
| **2**. **PODNOSITELJ ZAHTJEVA:** |
| a) korisnici obiteljske invalidnine, odnosno novčane naknade obiteljske invalidnine |
| b) djeca smrtno stradalog hrvatskog branitelja i djeca nestalog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata bez obzira jesu li korisnici obiteljske invalidnine odnosno novčane naknade obiteljske invalidnine |
| c) korisnici osobne invalidnine |
| d) bračni ili izvanbračni drug umrlog HRVI iz Domovinskog rata |
| e) bračni ili izvanbračni drug umrlog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata iz članka 8. ovog Zakona koji je u obrani suvereniteta RepublikeHrvatske sudjelovao najmanje 100 dana |
| f) roditelji umrlog HRVI iz Domovinskog rata koji u trenutku smrti nije imao bračnog ili izvanbračnog druga |
| g) roditelji umrlog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata iz članka 8. ovog Zakona koji je u obrani suvereniteta Republike Hrvatske sudjelovao najmanje 100 dana koji u trenutku smrti nije imao bračnog ili izvanbračnog druga |
| h) hrvatski branitelji iz Domovinskog rata koji su u obrani suvereniteta Republike Hrvatske sudjelovali najmanje 100 dana |
| **3**. **Podnositelj zahtjeva ili član njegovog zajedničkog kućanstva JE BIO KORISNIK PRAVA NA zajamčenu minimalnu naknadu I SADA PRELAZI****NA NAKNADU ZA NEZAPOSLENE:** |
| a) DA[[1]](#footnote-1) |
| b) NE |
| **4. Jeste li na temelju rješenja nadležnog tijela smješteni u zdravstvenu ustanovu?** |
| 1. DA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. NE
 |
| **5. Jeste li na teret državnog proračuna RH korisnik usluge smještaja ili organiziranog stanovanja sukladno odredbama propisa o socijalnoj skrbi ili drugih posebnih propisa?** |
| 1. DA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. NE
 |

**IZJAVA O SUGLASNOSTI**

Upoznat/a sam da se moji osobni podaci kao podnositelja zahtjeva za priznavanje prava naknadu za nezaposlene hrvatske branitelje iz Domovinskog rata i članove njihovih obitelji, temeljem Zakona o hrvatskim braniteljima iz Domovinskog rata i članovima njihovih obitelji (NN, br. 121/17, 98/19 i 84/21) i podaci članova moga kućanstva, prikupljaju isključivo u svrhu ostvarivanja traženog prava, te da se u druge svrhe neće koristiti. Dobrovoljno dajem svoje osobne podatke i podatke članova svoga kućanstva, te privolu u smislu prikupljanja i obrade istih u navedenu svrhu.

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

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

 Potpis

1. Napomena: Postupak sukladno članku 108. stavku 4. do 7. Zakona [↑](#footnote-ref-1)