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

(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 **JESAM / NISAM** 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.

IZJAVA O SUGLASNOSTI

Upoznat-a sam da se sukladno Zakonu o provedbi opće uredbe o zaštiti podataka (»Narodne novine« broj 42/18) i Općom uredbom o zaštiti podataka (EU 2016/679) moji osobni podaci kao podnositelja zahtjeva prikupljaju isključivo za priznavanje gore navedenog prava te da se u druge svrhe neće koristiti. Dobrovoljno dajem svoje osobne podatke te privolu u smislu prikupljanja i obrade istih u navedenu svrhu.

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

(potpis podnositelja/ice zahtjeva)

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ godine

**Zahtjevu prilažem:**

1. medicinsku dokumentaciju
2. pravomoćno i izvršno rješenje nadležnog Hrvatskog zavoda za socijalni rad o priznatom pravu na zajamčenu minimalnu naknadu
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_