

(ime i prezime podnositelja zahtjeva)

(prebivalište/boravište)

OIB: , JMBG:

(telefon, mobitel)

Podaci o skrbniku:

(ime i prezime)

(prebivalište)

OIB:

**GRADSKI URED ZA SOCIJALNU ZAŠTITU,
ZDRAVSTVO, BRANITELJE
I OSOBE S INVALIDITETOM
Odjel za socijalnu skrb
Zagreb, Nova cesta 1**

**ZAHTJEV ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU IZ OBVEZNOG
ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA**

Molim da mi se prizna pravo na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja.
Podnositelj zahtjeva dobrovoljno daje podatke u svrhu ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu.

Isti će se obrađivati i čuvati u svrhu u koju su prikupljeni, za razvoj socijalnih usluga općenito i u statističke svrhe te se u druge svrhe neće upotrebljavati.

**POPIS ISPRAVA POTREBNIH ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU
IZ OBVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA KOJE JE POTREBNO PRILOŽITI UZ
OVAJ ZAHTJEV:**

1. Domovnica ili osobna iskaznica ili putovnica za podnositelja zahtjeva (na uvid)
2. Uvjerenje o prebivalištu za podnositelja zahtjeva (preslika)
3. Pravomoćna odluka suda temeljem koje se dokazuje da je osoba lišena poslovne sposobnosti (preslika)
4. Uvjerenje zavoda za zapošljavanje da se podnositelj zahtjeva vodi u evidenciji nezaposlenih osoba.
5. Potvrda liječnika o trudnoći s naznačenim terminom poroda (preslika)

6. Izvadak iz matice rođenih za dijete
7. Nalaz i mišljenje Zavoda za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom ili drugog nadležnog tijela vještačenja temeljem kojega je osobi utvrđena potpuna nesposobnost za rad i privređivanje (preslika)
8. Potvrda zdravstvene ustanove/terapijske zajednice/drugih organiziranih oblika pomoći ovisnicima o uključenju podnositelja zahtjeva u provedbu posebnih mjera pomoći ovisniku ili podvrgavanju odvikavanju
9. Rješenje Hrvatskog zavoda za socijalni rad o priznavanju prava na skrb izvan vlastite obitelji (preslika)
10. Medicinska dokumentacija o liječenju od kroničnih bolesti (povijesti bolesti, otpusna pisma, nalazi, potvrda liječnika opće medicine o postojanju kronične dijagnoze (preslika)
11. Potvrda Porezne uprave o visini dohotka za sve članove kućanstva (preslika)
12. Uvjerenje Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje da podnositelj zahtjeva nije korisnik mirovine (Tvrtkova 5)
13. Ostali dokumenti ovisno o okolnostima

U slučaju uskrate bilo kojeg podatka potrebnog za ostvarivanje prava, zahtjev se neće moći riješiti.

IZJAVA O ČLANOVIMA KUĆANSTVA

Izjavljujem da članove mog kućanstva čine sljedeće osobe koje zajedno žive i zajedno podmiruju troškove života bez obzira na srodstvo.

1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	(ime i prezime)	(OIB)	(srodstvo)

Izjavljujem da niti ja niti članovi moje obitelji ne možemo ostvariti prihode koji bi bili veći od 100% osnovice za socijalna davanja propisani Zakonom o socijalnoj skrbi, korištenjem, prodajom ili davanjem u najam imovine koja ne služi meni ili članovima moje obitelji za podmirenje osnovnih stambenih i drugih osnovnih životnih potreba.

Obaviješten sam da sam dužan svaku promjenu činjenica koje utječu na ostvarivanje prava na pomoć prijaviti Gradskom uredu za socijalnu zaštitu, zdravstvo, branitelje i osobe s invaliditetom u roku od 15 dana od dana nastanka promjene.

Obaviješten sam da imam pravo na pristup svojim podacima i pravo na ispravak podataka koji se na mene odnose.

Suglasan sam da će, sukladno Odluci o socijalnoj skrbi, Gradski ured za socijalnu zaštitu, zdravstvo, branitelje i osobe s invaliditetom preispitivati postojanje svih traženih uvjeta za korištenje prava na pomoć.

Pod kaznenom i materijalnom odgovornošću jamčim da su svi podaci koji se navode točni i istiniti.

Uputa o pravima ispitanika sastavni je dio ovog zahtjeva i nalazi se u prilogu istog.

U Zagrebu,

(Potpis podnositelja zahtjeva/skrbnika)

Prilog:

Uputa o pravima ispitanika