

IME I PREZIME

OIB

PREBIVALIŠTE

TELEFON, MAIL

BORAVIŠTE (ukoliko je različito od prebivališta)

**GRAD ZAGREB
GRADSKI URED ZA SOCIJALNU ZAŠTITU,
ZDRASTVO, BRANITELJE I OSOBE S
INVALIDITETOM
SEKTOR ZA BRANITELJE**

Zahtjev za priznavanje prava na doplatak za pripomoć u kući

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

- a) hrvatskom branitelju iz Domovinskog rata
- b) 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 (odabrati).

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

Domovinskog rata i članove njihovih obitelji DA NE (odabrati).

Izjavljujem da **NISAM – JESAM** (odabrati) korisnik/ca prava na doplatak za pomoć i njegu druge osobe sukladno Zakonu o hrvatskim braniteljima iz Domovinskog rata i članovima njihovih obitelji ili po drugim propisima

U , godine

(potpis podnositelja zahtjeva)

Zahtjevu prilažem:

- 1. medicinsku dokumentaciju
- 2. pravomoćno rješenje nadležnog Centra za socijalnu skrb o priznatom pravu na zajamčenu minimalnu naknadu
- 3.
- 4.
- 5.