

IME PREZIME

PREBIVALIŠTE

TELEFON, MOBITEL, MAIL

BORAVIŠTE (ukoliko je različito od prebivališta)

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

**ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE STATUSA ČLANA OBITELJI PO NESTALOM  
HRVATSKOM BRANITELJU IZ DOMOVINSKOG RATA**

ZAHTJEV PODNOSIM:        a) prvi put        b) odbijen/odbačen

**1. PODACI ZA NESTALOG HRVATSKOG BRANITELJA IZ DOMOVINSKOG  
RATA**

IME (IME OCA) PREZIME

MJESTO ROĐENJA I OIB

DATUM, MJESTO I UZROK NESTANKA

PRIPADNOST POSTROJBI U VRIJEME NESTANKA

Postoje li korisnici prava po nestalom hrvatskom branitelju iz Domovinskog rata

**2. PODACI ZA PODNOSITELJA ZAHTJEVA – SRODSTVO**

IME (IME OCA) PREZIME

OIB I MJESTO ROĐENJA

DRŽAVLJANSTVO

PREBIVALIŠTE I TELEFON

OZNAČITI:  zaposlen  nezaposlen  u mirovini  na redovnom školovanju**3. PODACI ZA PODNOSITELJA ZAHTJEVA – SRODSTVO**

IME (IME OCA) PREZIME

OIB I MJESTO ROĐENJA

DRŽAVLJANSTVO

PREBIVALIŠTE I TELEFON

OZNAČITI:  zaposlen  nezaposlen  u mirovini  na redovnom školovanju**4. PODACI ZA PODNOSITELJA ZAHTJEVA – SRODSTVO**

IME (IME OCA) PREZIME

OIB I MJESTO ROĐENJA

DRŽAVLJANSTVO

PREBIVALIŠTE I TELEFON

OZNAČITI:  zaposlen  nezaposlen  u mirovini  na redovnom školovanju

**5. PODACI ZA PODNOSITELJA ZAHTJEVA – SRODSTVO**

IME (IME OCA) PREZIME

OIB I MJESTO ROĐENJA

DRŽAVLJANSTVO

PREBIVALIŠTE I TELEFON

ZAOKRUŽITI:  zaposlen  nezaposlen  u mirovini  na redovnom školovanju

**IZA NESTALOG SINA, OCA, BRAČNOG DRUGA, IZVANBRAČNOG DRUGA, PASTORKA, USVOJENIKA PODNOSIM ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA:**

- MJESEČNU NAKNADU U IZNOSU OBITELJSKE INVALIDNINE
- MJESEČNU NAKNADU U IZNOSU POVEĆANE OBITELJSKE INVALIDNINE (roditelj čije je jedino dijete nestalo u obrani suvereniteta RH; bračni ili izvanbračni drug koji nema djece, odnosno ima jedno ili više djece koja su sva nesposobna za privređivanje uz uvjet da je ta nesposobnost nastala prije 15. godine života, odnosno prije navršene 26. godine života, ako je dijete bilo na redovnom školovanju; djeca bez oba roditelja ili bez roditeljske skrbi)
- MJESEČNU NAKNADU U IZNOSU UVEĆANE OBITELJSKE INVALIDNINE (roditelj čije je jedino dijete nestalo u obrani suvereniteta RH; bračni ili izvanbračni drug koji nema djece, odnosno ima jedno ili više djece koja su sva nesposobna za privređivanje uz uvjet da je ta nesposobnost nastala prije 15. godine života, odnosno prije navršene 26. godine života, ako je dijete bilo na redovnom školovanju; djeca bez oba roditelja ili bez roditeljske skrbi)

**IZJAVA O SUGLASNOSTI**

Upoznat-a sam da se sukladno Zakonu o provedbi opće uredbe o zaštiti podataka (Narodne novine 42/18) i Uredbi (EU 2016/679) moji osobni podaci kao podnositelja zahtjeva za priznavanje statusa temeljem Zakona o hrvatskim braniteljima iz Domovinskog rata i članovima njihovih obitelji prikupljaju isključivo u svrhu ostvarivanja traženog statusa i pripadajućih prava i evidencije o istima te da se u druge svrhe neće koristiti. Dobrovoljno dajem svoje osobne podatke te privolu u smislu prikupljanja i obrade istih u navedenu svrhu.

Ime i prezime službene osobe voditelja postupka

tel. službene osobe

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

\_\_\_\_\_  
potpis

