

(ime i prezime podnositelja zahtjeva)

(prebivalište/boravište)

OIB:

(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
NOVČANU NAKNADU ZA PLAĆANJE PREMIJE DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG
OSIGURANJA KORISNICIMA NOVČANE NAKNADE UMIROVLJENICIMA**

Molim da mi se prizna pravo na novčanu naknadu za plaćanje premije dopunskog zdravstvenog osiguranja korisnicima novčane naknade umirovljenicima.

Podnositelj zahtjeva dobrovoljno daje podatke u svrhu ostvarivanja prava na novčanu naknadu za plaćanje premije dopunskog zdravstvenog osiguranja korisnicima novčane naknade umirovljenicima.

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.

Molim da mi se isplata vrši na broj računa kod ovlaštene organizacije platnog prometa:

Naziv banke:

IBAN korisnika računa: HR

Sukladno propisima koji reguliraju zaštitu osobnih podataka dajem suglasnost da se traženi podaci o mom računu koriste isključivo u svrhu isplate novčane naknade za plaćanje premije dopunskog zdravstvenog osiguranja korisnicima novčane naknade umirovljenicima.

POPIS DOKUMENATA POTREBNIH ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA NOVČANU NAKNADU ZA PLAĆANJE PREMIJE DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA KORISNICIMA NOVČANE NAKNADE UMIROVLJENICIMA, 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. Preslika važeće police dopunskog zdravstvenog osiguranja
4. Dokaz o zadnjoj uplati premije dopunskog zdravstvenog osiguranja
5. Dokument s vidljivim IBAN-om (ugovor o otvaranju tekućeg računa/potvrda o IBAN broju - preslika)
6. Ostali dokumenti ovisno o okolnostima

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

Obaviješten sam da sam dužan svaku promjenu činjenica koje utječu na ostvarivanje prava na novčanu naknadu 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 novčanu naknadu.

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