

Urudžbirati na Klasu:

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
10 000 Zagreb**

ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA OBITELJSKU INVALIDNINU U IZNOSU

- ZA JEDNOG RODITELJA U IZNOSU OD 70% OD OSNOVICE MJESEČNO

-ZA OBA RODITELJA U IZNOSU OD 100% OD OSNOVICE MJESEČNO

Podnosim zahtjev za određivanje novog iznosa obiteljske invalidnine kao roditelj smrtno stradalog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata, budući da nisam u radnom odnosu i nisam korisnik prava na obiteljsku mirovinu kao član uže i šire obitelji smrtno stradalog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata, odnosno član uže obitelji umrlog HRVI iz Domovinskog rata, odnosno član uže obitelji umrlog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata sukladno članku 40. Zakona o hrvatskim braniteljima iz Domovinskog rata i članovima njihovih obitelji (Narodne novine 121/17).

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 (Narodne novine 121/17) 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