

Urudžbirati na Klasu:

IME PREZIME

PREBIVALIŠTE

TELEFON, MOBITEL, MAIL

BORAVIŠTE (ukoliko je različito od prebivališta)

GRAD ZAGREB
GRADSKI URED ZA SOCIJALNU ZAŠTITU,
ZDRASTVO, BRANITELJE I OSOBE S
INVALIDITETOM
Zagreb, Trg Francuske Republike 15

ZAH T J E V

1. **ZA PRIZNAVANJE STATUSA HRVI IZ DOMOVINSKOG RATA**

2. **ZA UTVRĐIVANJE NOVOG POSTOTKA OŠTEĆENJA ORGANIZMA**

ZAH T J E V P O D N O S I M: a) prvi put b) odbijen/odbačen

I M A M P R I Z N A T S T A T U S a) HRVI b) MVI c) CIR

skupine s % oštećenja organizma na temelju

IME (IME OCA) PREZIME

MJESTO i DATUM ROĐENJA

MBG/OIB /

DRŽAVLJANSTVO

P R I P A D N O S T O R U Ź A N I M S N A G A M A R E P U B L I K E H R V A T S K E (o d a b r a t i):

1. MUP a) djelatni b) pričuvni

(upisati naziv postrojbe)

2. HRVATSKA VOJSKA a) djelatni b) pričuvni

(upisati naziv postrojbe)

3. HOS

○ 4. NARODNA ZAŠTITA

BOLEST NA TEMELJU KOJE TRAŽIM PRIZNAVANJE STATUSA HRVI

1. /
(oboljenje) (datum od kada potječe prva med. dokumentacija)

(naziv zdravstvenih ustanova u kojima ste liječeni)

2. /
(oboljenje) (datum od kada potječe prva med. dokumentacija)

(naziv zdravstvenih ustanova u kojima ste liječeni)

3. /
(oboljenje) (datum od kada potječe prva med. dokumentacija)

(naziv zdravstvenih ustanova u kojima ste liječeni)

RANJAVANJE / OZLJEDA NA TEMELJU KOJE TRAŽIM PRIZNAVANJE STATUSA HRVI

1. / /
(datum ranjavanja/ozljede) (mjesto ranjavanja/ozljede) (pripadnost postrobi)

/
(dio tijela koji je ranjen/ozlijeđen) (opis uzroka i okolnosti ranjavanja/ozljede)

/
(datum od kada potječe prva med. dokumentacija) (naziv zdravstvenih ustanova u kojima ste liječeni)

2. / /
(datum ranjavanja/ozljede) (mjesto ranjavanja/ozljede) (pripadnost postrobi)

/
(dio tijela koji je ranjen/ozlijeđen) (opis uzroka i okolnosti ranjavanja/ozljede)

/
(datum od kada potječe prva med. dokumentacija) (naziv zdravstvenih ustanova u kojima ste liječeni)

ZATOČENJE NA TEMELJU KOJEG TRAŽIM PRIZNAVANJE STATUS HRVI

/ /
(datum zatočenja) (naziv logora/ zatvora/neprijateljskog objekta) (pripadnost postrojbi)

ODABRAITI: 1. PODNOSIM ZAHTJEV ZA POSEBNI DOPLATAK JER SAM:
- nezaposlen

IZJAVA O SUGLASNOSTI

Upoznat-a sam da se, sukladno čl. 6. st. 1., čl. 7. st. 1. i čl. 9. st. 1. i 2. Zakona o zaštiti osobnih podataka („Narodne novine“ broj 103/03., 118/06., 41/08., 130/11. i 106/12.), moji osobni podaci kao podnositelja zahtjeva za priznavanje statusa temeljem Zakona o hrvatskim braniteljima iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji („Narodne novine“ broj 121/17.) prikupljaju isključivo u svrhu ostvarivanja traženog statusa i pripadajućih prava te da se u druge svrhe neće koristiti. Također sam informiran o identitetu voditelja zbirke. 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