\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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:

1. hrvatskom branitelju iz Domovinskog rata
2. 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 *(zaokružiti)*.

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

 Domovinskog rata i članove njihovih obitelji DA NE *(zaokružiti).*

Izjavljujem da **NISAM - JESAM** *(zaokružiti)* 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. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_