**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **(ime i prezime podnositelja zahtjeva**)

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

**(prebivalište/boravište)**

**OIB:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , **JMBG:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 **(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 ZDRAVSTVENU ZAŠTITU IZ OBVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA**

Molim da mi se prizna pravo na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Podnositelj zahtjeva dobrovoljno daje podatke u svrhu ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu.

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.

**POPIS ISPRAVA POTREBNIH ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU IZ OBVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA 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. Pravomoćna odluka suda temeljem koje se dokazuje da je osoba lišena poslovne sposobnosti (preslika)
4. Uvjerenje zavoda za zapošljavanje da se podnositelj zahtjeva vodi u evidenciji nezaposlenih osoba.
5. Potvrda liječnika o trudnoći s naznačenim terminom poroda (preslika)
6. Izvadak iz matice rođenih za dijete
7. Nalaz i mišljenje Zavoda za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom ili drugog nadležnog tijela vještačenja temeljem kojega je osobi utvrđena potpuna nesposobnost za rad i privređivanje (preslika)
8. Potvrda zdravstvene ustanove/terapijske zajednice/drugih organiziranih oblika pomoći ovisnicima o uključenju podnositelja zahtjeva u provedbu posebnih mjera pomoći ovisniku ili podvrgavanju odvikavanju
9. Rješenje Hrvatskog zavoda za socijalni rad o priznavanju prava na skrb izvan vlastite obitelji (preslika)
10. Medicinska dokumentacija o liječenju od kroničnih bolesti (povijesti bolesti, otpusna pisma, nalazi, potvrda liječnika opće medicine o postojanju kronične dijagnoze (preslika)
11. Potvrda Porezne uprave o visini dohotka za sve članove kućanstva (preslika)
12. Uvjerenje Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje da podnositelj zahtjeva nije korisnik mirovine (Tvrtkova 5)
13. Ostali dokumenti ovisno o okolnostima

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

**IZJAVA O ČLANOVIMA KUĆANSTVA**

Izjavljujem da članove mog kućanstva čine sljedeće osobe koje zajedno žive i zajedno podmiruju troškove života bez obzira na srodstvo.

**1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**6. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**7. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**8. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (ime i prezime) (OIB) (srodstvo)

Izjavljujem da niti ja niti članovi moje obitelji ne možemo ostvariti prihode koji bi bili veći od 100% osnovice za socijalna davanja propisani Zakonom o socijalnoj skrbi, korištenjem, prodajom ili davanjem u najam imovine koja ne služi meni ili članovima moje obitelji za podmirenje osnovnih stambenih i drugih osnovnih životnih potreba.

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

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