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

 **(ime i prezime podnositeljice zahtjeva**)

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

**(prebivalište/boravište)**

**OIB:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 **(telefon, mobitel)**

**Podaci o zakonskoj zastupnici:**

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

 **(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 besplatnu mjesečnu pokaznu kartu ZET-a žrtvama nasilja u obitelji**

Podnositeljica zahtjeva dobrovoljno daje podatke u svrhu ostvarivanja prava na besplatnu mjesečnu pokaznu kartu ZET-a žrtvama nasilja u obitelji.

Isti će se obrađivati i čuvati u svrhu u koju su prikupljeni, u statističke svrhe te za razvoj socijalnih usluga općenito te se u druge svrhe neće upotrebljavati.

 **POPIS DOKUMENATA POTREBNIH ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA BESPLATNU MJESEČNU POKAZNU KARTU ZET-a, KOJE JE POTREBNO PRILOŽITI UZ OVAJ ZAHTJEV:**

1. Domovnica ili osobna iskaznica ili putovnica za podnositeljicu zahtjeva (na uvid)
2. Potvrda Skloništa za žrtve nasilja da se osoba nalazi na smještaju

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

Obaviještena sam da sam dužna 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.

Obaviještena sam da imam pravo na pristup svojim podacima i pravo na ispravak podataka koji se na mene odnose.

Suglasna 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 ispitanica sastavni je dio ovog zahtjeva i nalazi se u prilogu istog.

U Zagrebu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (potpis podnositeljice zahtjeva

 za malodobnika/icu potpis zakonske zastupnice)