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

 **(ime i prezime podnositelja zahtjeva)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **(OIB) (JMBG)**

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

 **(adresa podnositelja zahtjeva)**

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

 **(telefon, mobitel)**

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

 **(ime i prezime djeteta)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **(OIB) (JMBG)**

 **GRADSKI URED ZA SOCIJALNU ZAŠTITU,**

 **ZDRAVSTVO, BRANITELJE**

 **I OSOBE S INVALIDITETOM**

 **Odjel za socijalnu skrb**

 **Zagreb, Nova cesta 1**

**ZAHTJEV ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA**

**POMOĆ DJECI U MLIJEČNOJ HRANI**

Molim da mi se prizna pravo na pomoć djeci u mliječnoj hrani.

Podnositelj zahtjeva dobrovoljno daje podatke u svrhu ostvarivanja prava na pomoć djeci u mliječnoj hrani.

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 DOKUMENATA POTREBNIH ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA POMOĆ DJECI U MLIJEČNOJ HRANI, KOJE JE POTREBNO PRILOŽITI UZ OVAJ ZAHTJEV:**

1. Domovnica ili osobna iskaznica ili putovnica za podnositelja zahtjeva/skrbnika (na uvid)
2. Uvjerenje o prebivalištu za podnositelja zahtjeva/ skrbnika (preslika)
3. Uvjerenje o prebivalištu za dijete (preslika)
4. Rodni list ili Izvadak iz matice rođenih za dijete (preslika)
5. Dokaz o ukupnom prihodu svih članova kućanstva (potvrda o visini dohotka za sve članove kućanstva, potvrda o plaći, obavijest o mirovinskim primanjima, rješenje o rodiljnoj/ roditeljskoj naknadi, potvrda o naknadi za nezaposlene članove kućanstva s Hrvatskog zavoda za zapošljavanje, potvrda o visini alimentacije, rješenje o statusu roditelja odgajatelja, ispis prometa po zaštićenom računu za prethodni mjesec i dr.-preslike)
6. Potvrda FINA-e o blokadi računa ovršenika (izvornik)
7. Uvjerenje Zavoda za zapošljavanje za sve punoljetne nezaposlene članove kućanstva
8. Mišljenje odabranog liječnika pedijatra o potrebi za dodatnom prehranom djeteta
9. Ostali dokumenti ovisno o okolnostima

**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)

U slučaju uskrate bilo kojeg podatka potrebnog za ostvarivanje prava na pomoć djeci u mliječnoj hrani, zahtjev se neće moći riješiti.

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