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

(ime i prezime)

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

(datum i mjesto rođenja)

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

(OIB / JMBG)

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

(adresa prebivališta)

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

(telefon/mobitel)

 **SISAČKO-MOSLAVAČKA ŽUPANIJA**

 **Upravni odjel za zdravstvo, socijalnu**

 **skrb i hrvatske branitelje**

 **Odsjek za socijalnu skrb i hrvatske branitelje**

**PREDMET: Zahtjev za priznavanje prava na doplatak za pripomoć u kući**

Molim Naslov da mi kao hrvatskom branitelju iz Domovinskog rata ili kao korisniku prava na obiteljsku invalidninu prizna pravo na doplatak za pripomoć u kući s obzirom da zbog trajnih promjena u zdravstvenom stanju ne mogu ispunjavati osnovne životne zahtjeve.

Korisnik/ca sam zajamčene minimalne naknade DA NE (zaokružiti)

Korisnik/ca sam naknade za nezaposlene HB iz DA NE (zaokružiti)

čl. 107 Zakona o HB

Izjavljujem da JESAM – NISAM korisnik/ca prava na doplatak za pomoć i njegu druge osobe sukladno Zakonu o hrvatskim braniteljima iz Domovinskog rata i članovima njihovih obitelji odnosno drugim propisima.

U Sisku, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ godine

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

 (potpis podnositelja zahtjeva)

Zahtjevu prilažem:

1. Medicinsku dokumentaciju
2. Izvršno rješenje CSS o priznatom pravu na zajamčenu minimalnu naknadu
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_