**LIČKO-SENJSKA ŽUPANIJA**

**UPRAVNI ODJEL ZA OPĆU UPRAVU I BRANITELJSKA PITANJA**

# PREDMET: ZAHTJEV ZA OSLOBAĐANJE OD SUDJELOVANJA U POKRIĆU

# DIJELA TROŠKOVA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE IZ OBVEZNOGA

**ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA** („HB zdravstvena iskaznica“)

# 

1. IME I PREZIME, OČEVO IME : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. DATUM I MJESTO ROĐENJA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. OIB: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. DRŽAVLJANSTVO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. PREBIVALIŠTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. TELEFON: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. ZAHTJEV PODNOSIM PO SLJEDEĆOJ OSNOVI*:*
8. članovi uže i šire obitelji smrtno stradalog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata dok su korisnici prava na obiteljsku invalidninu
9. članovi uže i šire obitelji nestaloga hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata dok su korisnici prava na novčanu naknadu obiteljske invalidnine
10. hrvatski ratni vojni invalidi iz Domovinskog rata
11. hrvatski branitelji iz Domovinskog rata s utvrđenim oštećenjem organizma od najmanje 30%
12. djeca smrtno stradalih ili nestalih hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata nakon prestanka prava na obiteljsku invalidninu odnosno novčanu naknadu u iznosu obiteljske invalidnine ako su nezaposlena i ako su za vrijeme korištenja obiteljske invalidnine odnosno novčane naknade u iznosu obiteljske invalidnine ostali bez roditeljske skrbi drugog roditelja ili je nastupila smrt drugog roditelja
13. djeca smrtno stradalih ili nestalih hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata nakon prestanka prava na obiteljsku invalidninu odnosno novčanu naknadu u iznosu obiteljske invalidnine ako su korisnici naknade za nezaposlene hrvatske branitelje iz Domovinskog rata i članove njihove obitelji

IZJAVA O SUGLASNOSTI

Upoznat-a sam da se sukladno Zakonu o provedbi opće uredbe o zaštiti podataka (»Narodne novine« broj 42/18) i Općom uredbom o zaštiti podataka (EU 2016/679) moji osobni podaci kao podnositelja zahtjeva prikupljaju isključivo za priznavanje gore navedenog prava te da se u druge svrhe neće koristiti. Dobrovoljno dajem svoje osobne podatke te privolu u smislu prikupljanja i obrade istih u navedenu svrhu.

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

(potpis podnositelja zahtjeva)

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ godine

UZ ZAHTJEV POTREBNO PRIBAVITI:

1. preslika osobne iskaznice

2. rješenje o utvrđenom oštećenju organizma od najmanje 30% (u slučaju iz točke 7.d) zahtjeva)

3. dokaz o lišenju roditeljske skrbi drugog roditelja ili smrti drugog roditelja (u slučaju iz točke 7. e) zahtjeva)