



REPUBLIKA HRVATSKA
LIČKO-SENJSKA ŽUPANIJA

Upravni odjel za zdravstvo, socijalnu politiku, demografiju i mlade
te stambeno zbrinjavanje

ZAHTJEV ZA JEDNOKRATNU NOVČANU POMOĆ

Ime i prezime, OIB _____

(podnositelj zahtjeva)

Adresa _____

IBAN _____

Kontakt tel. _____

Broj članova domaćinstva: _____

Podaci o ostalim članovima domaćinstva:

OIB

vrsta srodstva: suprug/a, kći, sin, majka, otac i dr.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Radni status podnosioca zahtjeva (zaokružiti): a) zaposlen
b) nezaposlen
c) u mirovini.

Da li ste korisnik novčanih prava u Centru za socijalnu skrb:

- a) ne
- b) da
- c) ako da navesti kojih _____

Namjena jednokratne novčane potpore uz kratki opis potrebe:

Mjesto i datum

Potpis podnositelja/ice Zahtjeva:

Zahtjevu prilažem:

1. Preslika osobne iskaznice
2. Preslika kartice tekućeg računa
3. Liječnička dokumentacija i potvrda liječnika o postojanju teške zloćudne ili kronične bolesti
4. Potvrda jedinice lokalne samouprave da podnositelj zahtjeva nije već ostvario novčanu pomoć u tekućoj godini
5. Potvrda Porezne uprave o visini dohotka i primitaka u posljednja 3 mjeseca koja prethode mjesecu u kojem je podnijet zahtjev za ostvarivanje prava
6. Ostalo (navesti)

Zahtjev se podnosi na adresu: Ličko-senjska županija, Upravni odjel za zdravstvo, socijalnu politiku, demografiju i mlade, te stambeno zbrinjavanje
Dr. Franje Tuđmana 4, 53 000 Gospić
Kontakt tel: 588-241