**Obrazac broj 1**

Zahtjev  
za priznavanje prava na naknadu za nezaposlene hrvatske branitelje iz domovinskog rata i članove njihovih obitelji

|  |
| --- |
|  |

Dubrovačko-neretvanska županija, Upravni odjel za zdravstvo, obitelj i branitelje.

Ime i prezime službene osobe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. službene osobe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ZAHTJEV

|  |  |
| --- | --- |
| 1. OSOBNI PODACI O KORISNIKU: | |
| IME I PREZIME: |  |
| ADRESA PREBIVALIŠTA: |  |
| MJESTO I DRŽAVA ROĐENJA: |  |
| DATUM ROĐENJA: |  |
| OIB: |  |
| MBG: |  |
| BROJ TELEFONA/MOBITELA: |  |
| IME I PREZIME, PREBIVALIŠTE, BROJ TELEFONA KORISNIKOVA OPUNOMOĆENIKA/ZAKONSKOG ZASTUPNIKA/SKRBNIKA (ako on podnosi zahtjev) |  |
| 2. PODNOSITELJ ZAHTJEVA: | |
| a) korisnici obiteljske invalidnine, odnosno novčane naknade obiteljske invalidnine | |
| b) djeca smrtno stradalog hrvatskog branitelja i djeca nestalog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata bez obzira jesu li korisnici obiteljske invalidnine odnosno novčane naknade obiteljske invalidnine | |
| c) korisnici osobne invalidnine | |
| d) bračni ili izvanbračni drug umrlog HRVI iz Domovinskog rata | |
| e) bračni ili izvanbračni drug umrlog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata iz članka 8. ovog Zakona koji je u obrani suvereniteta Republike Hrvatske sudjelovao najmanje 100 dana | |
| f) roditelji umrlog HRVI iz Domovinskog rata koji u trenutku smrti nije imao bračnog ili izvanbračnog druga | |
| g) roditelji umrlog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata iz članka 8. ovog Zakona koji je u obrani suvereniteta Republike Hrvatske sudjelovao najmanje 100 dana koji u trenutku smrti nije imao bračnog ili izvanbračnog druga | |
| h) hrvatski branitelji iz Domovinskog rata koji su u obrani suvereniteta Republike Hrvatske sudjelovali najmanje 100 dana | |
| 3. Podnositelj zahtjeva ili član njegovog zajedničkog kućanstva JE BIO KORISNIK PRAVA NA zajamčenu minimalnu naknadu I SADA PRELAZI NA NAKNADU ZA NEZAPOSLENE: | |
| a) DA1 | |
| b) NE | |
| 4. Jeste li na temelju rješenja nadležnog tijela smješteni u zdravstvenu ustanovu? | |
| a) DA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  b) NE | |
| 5. Jeste li na teret državnog proračuna RH korisnik usluge smještaja ili organiziranog stanovanja sukladno odredbama propisa o socijalnoj skrbi ili drugih posebnih propisa? | |
| a) DA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  b) NE | |

1 Napomena: Postupak sukladno članku 108. stavku 4. do 7. Zakona

***IZJAVA O SUGLASNOSTI***

*Upoznat/a sam da se moji osobni podaci kao podnositelja zahtjeva za priznavanje prava naknadu za nezaposlene hrvatske branitelje iz Domovinskog rata i članove njihovih obitelji, temeljem Zakona o hrvatskim braniteljima iz Domovinskog rata i članovima njihovih obitelji (NN, br. 121/17, 98/19 i 84/21) i podaci članova moga kućanstva, prikupljaju isključivo u svrhu ostvarivanja traženog prava, te da se u druge svrhe neće koristiti. Dobrovoljno dajem svoje osobne podatke i podatke članova svoga kućanstva, te privolu u smislu prikupljanja i obrade istih u navedenu svrhu.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
|  | potpis |  |  |