OBRAZAC 1

**ZAHTJEV  
ZA PRIZNAVANJE STATUSA  
CIVILNOG INVALIDA IZ DOMOVINSKOG RATA I PRAVA PO OSNOVI OŠTEĆENJA ORGANIZMA**prema Zakonu o civilnim stradalnicima  
iz Domovinskog rata

**OSOBNI PODACI:**

Ime i prezime, ime roditelja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa prebivališta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(navesti adresu sa osobne iskaznice, ukoliko se razlikuje od adrese na kojoj korisnik boravi navesti obje adrese)*

Mjesto i država rođenja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum rođenja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**OIB:**

Broj telefona: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Broj mobitela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podaci opunomoćenika – zakonskog zastupnika – skrbnika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(ime i prezime, adresa prebivališta, broj telefona)*

**PODNOSIM ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE STATUSA CIVILNOG INVALIDA IZ DOMOVINSKOG RATA TE PRAVA NA:**

1. **OSOBNU INVALIDNINU**
2. **DODATAK ZA NJEGU I POMOĆ DRUGE OSOBE**
3. **ORTOPEDSKI DODATAK**

**PO OSNOVI SLJEDEĆEG OŠTEĆENJA ORGANIZMA:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. **RANA ILI OZLJEDA DIJELA TIJELA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a uzrok je:** 2. zatočenje u logoru, zatvoru ili drugom neprijateljskom objektu, odnosno drugo lišenje slobode u vezi s okolnostima iz Domovinskog rata od: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, u \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3. ratni događaji i operacije: bombardiranje, eksplozija mine, zalutali metak i sl. 4. eksplozija minsko-eksplozivnih sredstava zaostalih nakon ratnih operacija u Domovinskom ratu 5. eksplozija minsko-eksplozivnih sredstava ili uporaba vatrenog oružja izvan ratnih operacija, ali u vezi s okolnostima iz Domovinskog rata 6. **BOLEST \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, koja je neposredna posljedica zatočenja u logoru, zatvoru ili drugom neprijateljskom objektu, odnosno drugog lišenja slobode u vezi s okolnostima iz Domovinskog rata od: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, u \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**OKOLNOSTI STRADAVANJA** *(opis)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* datum stradavanja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* mjesto stradavanja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IZJAVA O SUGLASNOSTI**

Dobrovoljno dajem svoje osobne podatke te privolu u smislu prikupljanja i obrade istih u navedenu svrhu.

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ godine.

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

*(Potpis podnositelja)*

**POTREBNI DOKAZI[1]**

**(Dokaze pod točkama 1. i 2. dužan je pribaviti podnositelj zahtjeva. Dokaze pod točkama 3. do 5. pribavit će se po službenoj dužnosti, a može ih priložiti i korisnik ukoliko raspolaže navedenim dokazima)**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Preslika osobne iskaznice |
| 2. | Medicinska dokumentacija koja se odnosi isključivo na predmetno oštećenje organizma: |
|  | * za ranjavanje ili ozljeđivanje: neophodan dokaz je medicinska dokumentacija nastala neposredno nakon stradavanja. Za stradavanje u Domovinskom ratu prva medicinska dokumentacija mora biti najkasnije s datumom 30. 9. 1996. godine |
|  | * za bolest neophodan dokaz je medicinska dokumentacija koja potječe iz vremena zlostavljanja odnosno otpusta iz zatočeništva ili iz vremena od 30 dana nakon toga, a iznimno za bolest psihe prva medicinska dokumentacija ne smije biti starija od dvije godine nakon zlostavljanja odnosno otpusta iz zatočeništva |
| 3. | Potvrda o uzroku i okolnostima stradavanja, izdana od nadležne policijske uprave i drugih nadležnih tijela |
| 4. | Potvrda o zatočenju – za podnositelje zahtjeva koji su bili u zatočeništvu, kojima je osnova oštećenja organizma rana, ozljeda ili bolest kao posljedica zatočeništva |
| 5. | Potvrda Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje o neprimanju naknade za predmetno tjelesno oštećenje |
| 6. | Drugi dokazi |