**ZAHTJEV ZA OSLOBAĐANJE OD SUDJELOVANJA U POKRIĆU DIJELA TROŠKOVA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE IZ OBVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA (“HB zdravstvena iskaznica”)**

1. IME I PREZIME, OČEVO IME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. DATIM I MJESTO ROĐENJA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. OIB:
2. DRŽAVLJANSTVO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. PREBIVALIŠTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. TELEFON: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. ZAHTJEV PODNOSIM PO SLJEDEĆOJ OSNOVI:
   1. članovi uže i šire obitelji smrtno stradaloga hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata dok su korisnici prava na obiteljsku invalidninu
   2. članovi uže i šire obitelji nestaloga hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata dok su korisnici prava na novčanu naknadu obiteljske invalidnine
   3. hrvatski ratni vojni invalidi iz Domovinskog rata
   4. hrvatski branitelj iz Domovinskog rata s utvrđenim oštećenjem organizma od najmanje 30%
   5. 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
   6. 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 njihovih obitelji.

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

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

*(potpis podnositelja zahtjeva)*

UZ ZAHTJEV JE POTREBNO PRIBAVITI\*:

1. Preslika osobne iskaznice
2. Dokaz o utvrđenom statusu (u slučaju iz točke 7. a), b), c) i f) zahtjeva)
3. Rješenje o utvrđenom oštećenju organizma od najmanje 30% ( u slučaju iz točke 7. d) zahtjeva)
4. Uvjerenje da se protiv korisnika ne vodi kazneni postupak za kaznena djela iz članka 21. Zakona od nadležnog općinskog suda prema mjestu prebivališta i potvrda iz kaznene evidencije ministarstva nadležnog za pravosuđe da korisnik nije pravomoćnom sudskom presudom osuđen za kaznena djela iz članka 21. Zakona
5. Dokaz o korištenju obiteljske invalidnine, odnosno novčane naknade u iznosu obiteljske invalidnine (u slučaju iz točke 7. a) i b) zahtjeva)
6. Dokaz o lišenju roditeljske skrbi ili smrti drugog roditelja (u slučaju iz točke 7. e) zahtjeva)
7. Dokaz o nezaposlenosti (u slučaju iz točke 7. e) zahtjeva)
8. Dokaz o korištenju naknade za nezaposlene hrvatske branitelje iz Domovinskog rata i članove njihovih obitelji (u slučaju iz točke 7. f) zahtjeva)

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

\* **Stranka uz zahtjev prilaže dokaze kojima raspolaže, a po službenoj dužnosti će se prikupiti podaci o kojima nadležna tijela vode evidenciju**