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

*(ime i prezime podnositelja)*

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

*(OIB podnositelja)*

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

*(adresa podnositelja)*

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

*(telefon)*

**DUBROVAČKO-NERETVANSKA ŽUPANIJA**

**Upravni odjel za zdravstvo, obitelj i branitelje**

Vukovarska 16, 20000 Dubrovnik

**ZAHTJEV ZA ISPLATU DOSPJELIH, A NEISPLAĆENIH**

**SVOTA NOVČANIH PRIMANJA**

ostvarenih prema Zakonu o zaštiti vojnih i civilnih invalida rata

**Podaci o umrloj osobi:**

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

1. Ime i prezime: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, OIB:
2. Datum rođenja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Datum smrti: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Svojstvo umrle osobe** *(zaokruži i dopuni)***:**

1. **ratni vojni invalid** \_\_\_\_\_\_ skupine
2. **mirnodopski vojni invalid** \_\_\_\_\_\_\_ skupine
3. **civilni invalid II. svjetskog rata** \_\_\_\_\_\_\_ skupine
4. **korisnik/ca obiteljske invalidnine**
5. **sudionik/ca rata**
6. **udovica/udovac sudionika rata**

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

*(potpis podnositelja)*

**Uz podnesak se prilaže:**

1. Preslika rješenja o nasljeđivanju
2. Preslika osobne iskaznice podnositelja zahtjeva
3. Preslika kartice tekućeg računa ili akt nadležne banke iz kojeg je vidljiv IBAN podnositelja zahtjeva