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

*(ime i prezime)*

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

*(adresa prebivališta / boravišta)*

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

*(OIB)*

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

*(broj telefona/broj mobitela)*

**DUBROVAČKO-NERETVANSKA ŽUPANIJA**

Upravni odjel za zdravstvo, obitelj i branitelje

# ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA OBVEZNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

**na teret sredstava Proračuna RH kao osobi nesposobnoj za rad bez sredstava za uzdržavanje**

Molim Naslov da mi po provedenom postupku prizna pravo na obvezno zdravstveno osiguranje kao osobi kojoj se zdravstvena zaštita ne osigurava po drugoj osnovi sukladno čl. 15. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“, broj 80/13, 137/13, 98/19, 33/23).

Rođen-a sam \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ godine u \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ od oca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ i majke \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

U zajedničkom kućanstvu živim \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Moje kućanstvo je u prethodna 3 mjeseca ostvarilo sljedeće prihode: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Uzdržavam se od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ i nemam sredstava ni vrijednije imovine od koje bi ostvario sredstava za uzdržavanje.

Obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugom osnovu jer sam \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ i nemam drugih članova obitelji preko kojih bi mogao/la ostvariti ovo pravo.

Obvezno zdravstveno osiguranje mi je neophodno zbog nesposobnosti za samostalan rad jer sam \_\_\_\_\_\_\_

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

Ukoliko je potrebno provesti postupak utvrđivanja nesposobnosti za samostalan rad, suglasan/a sam da me se uputi na nadležno tijelo vještačenja radi utvrđivanja istog.

Pod kaznenom i materijalnom odgovornošću izjavljujem da su navedeni podaci istiniti.

**IZJAVA O SUGLASNOSTI:**

Upoznat-a sam da se sukladno čl. 6. st. 1., čl. 7. st. 1. i čl. 9. st. 1. i 2. Zakona o zaštiti osobnih podataka (NN br. 103/03, 118/06, 41/08, 130/11, 106/12), moji osobni podaci kao podnositelja zahtjeva za priznavanje prava na obvezno zdravstveno osiguranje temeljem Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju i podaci članova moga kućanstva, prikupljaju isključivo u svrhu ostvarivanja traženog prava, te da se u druge svrhe neće koristiti. Tako er sam informiran/a o identitetu voditelja zbirke. Dobrovoljno dajem svoje osobne podatke i podatke članova svoga kućanstva, te privolu u smislu prikupljanja i obrade istih u navedenu svrhu.

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

*(potpis podnositelja zahtjeva)*

**Prilozi zahtjevu za priznavanje prava na obvezno zdravstveno osiguranje:**

1. Rodni list i preslika osobne iskaznice ili uvjerenje o prebivalištu (nadležna Policijska uprava)
2. Izjava o zajedničkom kućanstvu
3. Potvrda o visini dohotka za podnositelja i članove njegova kućanstva (nadležna Porezna uprava)
4. Uvjerenje nadležnog tijela HZMO o ostvarenom pravu na mirovine za podnositelja i članove njegova kućanstva
5. Potvrda nadležnog zemljišno-knjižnog odjela o vlasništvu nekretnina podnositelja zahtjeva
6. Potvrda nadležnog Ureda za katastar o posjedu nekretnina podnositelja zahtjeva
7. Potvrda o prijavi u evidenciji nezaposlenih osoba za podnositelja zahtjeva i članove njegova kućanstva (nadležno tijelo Hrvatskog zavoda za zapošljavanje)
8. Potvrda o neostvarivanju zdravstvenog osiguranja ni po kojoj drugoj osnovi za podnositelja zahtjeva (nadležno tijelo Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje)
9. Rješenje ili uvjerenje nadležnog ureda Hrvatskog zavoda za socijalnu skrb o primanju pomoći za uzdržavanje
10. Rješenje nadležnog ureda Hrvatskog zavoda za socijalnu skrb o pravu na skrb izvan vlastite obitelji
11. Nalaz i mišljenje tijela vještačenja o potpunoj nesposobnosti za rad i privređivanje odnosno o nesposobnosti za samostalan život i rad osobe s kroničnim oštećenjem organizma za podnositelja zahtjeva (nadležni ured Hrvatskog zavoda za socijalnu skrb – ako je vještačenje obavljeno)
12. Liječničke potvrde i uvjerenja za podnositelja zahtjeva
13. Potvrda ustanove za ovisnost i sl. za podnositelja zahtjeva
14. Rješenje o lišavanju poslovne sposobnosti podnositelja zahtjeva – ukoliko je isto doneseno
15. Potvrda o trudnoći ili porodu