



REPUBLIKA HRVATSKA
ZAGREBAČKA ŽUPANIJA
Upravni odjel za zdravstvo i socijalnu skrb
Ulica grada Vukovara 72/V
10 000 Zagreb

U _____, dana _____ 20_____.

ZAHTJEV ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA JEDNOKRATNU NOVČANU POMOĆ

I. PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA:

Ime i prezime: _____

Adresa prebivališta: _____

Adresa trenutnog boravišta: _____

Datum i godina rođenja: _____

Osobni identifikacijski broj (OIB): _____

IBAN tekućeg ili žiro računa: _____
(u slučaju podmirenja troškova liječenja dostaviti IBAN žiro računa)

Broj telefona: _____

Radni status podnositelja zahtjeva (zaokružiti): a) zaposlen;
b) nezaposlen,
c) u mirovini.

Zahtjev podnosi (zaokružiti):

- a) osobno b) bračni drug c) punoljetno dijete d) roditelj
e) zakonski zastupnik/skrbnik f) Centar za socijalnu skrb g) jedinica lokalne samouprave

III. NAMJENA JEDNOKRATNE NOVČANE POMOĆI UZ KRATKI OPIS POTREBE:

Potpis podnositelja/ice zahtjeva:

Zahtjevu prilažem (zaokružiti):

1. preslika osobne iskaznice;
2. preslika kartice tekućeg ili žiro računa (u slučaju podmirenja troškova liječenja dostaviti presliku kartice žiro računa);
3. dokaz o primanjima u posljednja tri mjeseca prije podnošenja zahtjeva za svaki mjesec (plaća, mirovina) za sve članove zajedničkog kućanstva;
4. potvrda o nezaposlenosti;
5. potvrda MUP-a o obavljenom očevidu i zaključak ili rješenje o dodjeli novčane pomoći nadležne jedinice lokalne samouprave u slučaju više sile;
6. liječnička dokumentacija;
7. potvrda o sudjelovanju u Domovinskom ratu;
8. rješenje o postotku invalidnosti za hrvatske ratne vojne i civilne invalide;
9. druga dokumentacija (navesti koja _____)

_____).