
(ime i prezime, ime oca)

(OIB)

(prebivalište)

(broj telefona)

URED DRŽAVNE UPRAVE U
ZADARSKOJ ŽUPANJI
Služba za društvene djelatnosti
J. J. Strossmayera 20
23000 - ZADAR

**PREDMET: Zahtjev za ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu hrvatskih
branitelja iz Domovinskog rata koja nisu utvrđena kao standard
iz obveznog zdravstvenog osiguranja**

Molim naslov da se sukladno Pravilniku o uvjetima i načinu ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata koja nisu utvrđena kao standard iz obveznog zdravstvenog osiguranja ("Narodne novine", broj: 46/15) **utvrdi činjenica je li rana, ozljeda, bolest, pogoršanje bolesti, odnosno pojava bolesti neposredna posljedica sudjelovanja u Domovinskom ratu.**

Uz ovaj zahtjev prilažem *(zaokruži broj)*:

1. potvrdu o statusu hrvatskog branitelja/dragovoljca iz Domovinskog rata,
2. ovjereni preslik cjelokupne medicinske dokumentacije, a u slučaju zahtjeva na osnovi bolesti i preslik zdravstvenog kartona iz razdoblja prije početka Domovinskog rata i nadalje, ovjerenog od strane izabranog liječnika,
3. potvrdu o okolnostima stradavanja u slučaju postojanja rane ili ozljede,
4. opis ratnog puta izdan od nadležne postrojbe OSRH / MUP-a,
5. izjavu o tome da li sam podnio zahtjev za priznavanje status hrvatskog ratnog vojnog invalida iz Domovinskog rata po istoj osnovi po kojoj podnosim zahtjev iz članka 3. Pravilnika,*
6. preslik osobne iskaznice.

U Zadru, _____ godine

(potpis podnosiitelja zahtjeva)

* Ukoliko je podnosiitelj zahtjeva već podnosio zahtjev za ostvarivanje statusa HRVI iz Domovinskog rata, obvezno priložiti preslik zadnjeg konačnog rješenja i nalaza i mišljenja temeljem kojeg je zahtjev za priznavanje statusa hrvatskog ratnog vojnog invalida iz Domovinskog rata odbijen.