

ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA JEDNOKRATNU NOVČANU POMOĆ IZ
ČLANKA 7. STAVKA 1. UREDBE

URED DRŽAVNE UPRAVE
U ZADARSKOJ ŽUPANIJI
Služba za društvene djelatnosti

Ime i prezime, telefon službene osobe

ZAHTJEV

1. OSOBNI PODACI O KORISNIKU:

IME I PREZIME:

ADRESA PREBIVALIŠTA:

MJESTO I DRŽAVA ROĐENJA:

DATUM ROĐENJA:

OIB:

MBG:

BROJ TELEFONA/MOBITELA:

**IME I PREZIME, PREBIVALIŠTE, BROJ TELEFONA KORISNIKOVA
OPUNOMOĆENIKA/ZAKONSKOG ZASTUPNIKA/SKRBNIKA (ako on podnosi zahtjev)**

2. PODNOSITELJ ZAHTJEVA:

a) član obitelji smrtno stradalog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata

b) hrvatski ratni vojni invalidi iz Domovinskog rata

c) hrvatski branitelj iz Domovinskog rata

3. OSNOVA ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA JEDNOKRATNU NOVČANU POMOĆ:

**a) teška akutna, teška kronična ili maligna bolest korisnika ili teška ozljeda korisnika nastala
uslijed nesretnog slučaja: _____
(navesti bolest/ozljedu)**

**b) teška akutna, teška kronična ili maligna bolest člana uže obitelji korisnika koji žive u
zajedničkom kućanstvu ili teška ozljeda članova uže obitelji korisnika koji žive u zajedničkom
kućanstvu nastale uslijed nesretnog slučaja _____
(navesti bolest/ozljedu)**

c) elementarna nepogoda (požar, poplava, potres i sl.)

f) smrt člana uže obitelji korisnika koji je s njime živio u zajedničkom kućanstvu

**e) novčani prihodi u prethodnoj kalendarskoj godini ili u razdoblju od tri mjeseca prije
podnošenja zahtjeva u tekućoj godini, mjesečno po članu zajedničkog kućanstva iznose manje
od 25% od utvrđene proračunske osnove u Republici Hrvatskoj**

| |
|--|
| 4. PODNOSITELJ ZAHOTJEVA ILI ČLAN NJEGOVA KUĆANSTVA OSTVARIO POMOĆ ZA PODMIRENJE OSNOVNIH ŽIVOTNIH POTREBA PO OSNOVI DRUGOG PROPISA: |
| a) DA (vrsta pomoći i gdje je ostvarene) |
| b) NE |
| 5. PODNOSITELJ ZAHOTJEVA ILI ČLAN NJEGOVOG ZAJEDNIČKOG KUĆANSTVA OSTVARIO PRAVO NA ZAJAMČENU MINIMALNU NAKNADU: |
| a) DA* |
| b) NE |
| c) POSTUPAK PO PODNESENOM ZAHOTJEVU U TIJEKU |
| (* Napomena: U slučaju ostvarenog prava na zajamčenu minimalnu naknadu dostaviti presliku rješenja nadležnog tijela o prizatom pravu na zajamčenu minimalnu naknadu) |
| 6. PODNOSITELJ ZAHOTJEVA I ČLANOVI NJEGOVA KUĆANSTVA PODNIO ILI OSTVARIO PRAVO NA JEDNOKRATNU NOVČANU POMOĆ: |
| a) DA (kada i po kojoj osnovi) |
| b) NE |
| 7. VREMENSKO RAZDOBLJE ZA IZRAČUN PRIHODA: |
| a) prethodna godina |
| b) tri mjeseca prije podnošenja zahtjeva |

Izjavljujem da su podaci navedeni u zahtjevu točni i istiniti, te da sam upoznat-a s odredbom članka 144. stavka 1. točke 2. i 3. Zakona o pravima hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji temeljem koje ću nadoknaditi štetu, odnosno vratiti primljene iznose jednokratne novčane pomoći ako sam istu ostvario-la po osnovi netočnih podataka za koje sam znao-la ili morao-la znati da su netočni, odnosno ako sam propustio-la prijaviti promjenu podataka koji utječu na gubitak ili opseg prava na jednokratnu novčanu pomoć.

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. i 41/08.), moji osobni podaci kao podnositelja zahtjeva za priznavanje prava na jednokratnu novčanu pomoć, temeljem Zakona o pravima hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji (NN br. 174/04., 92705., 02/07., 107/07., 65/09., 137/09., 146/10. i 55/11, 140/12, 33/13, 148/13 i 92/14) i podaci članova moje uže obitelji i kućanstva, prikupljaju isključivo u svrhu ostvarivanja traženog prava te da se u druge svrhe neće koristiti. Također sam informiran o identitetu voditelja zbirke. Dobrovoljno dajem svoje osobne podatke i podatke članova uže obitelji i kućanstva te privolu u smislu prikupljanja i obrade istih u navedenu svrhu.

U _____, dana _____

potpis

Obrazac broj 3**IZJAVA KORISNIKA O SASTAVU KUĆANSTVA**

Ja _____, OIB: _____

upoznat sam sa posljedicama davanja lažne izjave, te izjavljujem da sastav mog kućanstva čine:

| | |
|-------------------------|------|
| 1. Ime i prezime: | OIB: |
| Prebivalište: | |
| Datum i mjesto rođenja: | |
| Srodstvo/ odnos: | |
| 2. Ime i prezime: | OIB: |
| Prebivalište: | |
| Datum i mjesto rođenja: | |
| Srodstvo/ odnos: | |
| 3. Ime i prezime: | OIB: |
| Prebivalište: | |
| Datum i mjesto rođenja: | |
| Srodstvo/ odnos: | |
| 4. Ime i prezime: | OIB: |
| Prebivalište: | |
| Datum i mjesto rođenja: | |
| Srodstvo/ odnos: | |
| 5. Ime i prezime: | OIB: |
| Prebivalište: | |
| Datum i mjesto rođenja: | |
| Srodstvo/ odnos: | |
| 6. Ime i prezime: | OIB: |
| Prebivalište: | |
| Datum i mjesto rođenja: | |
| Srodstvo/ odnos: | |
| 7. Ime i prezime: | OIB: |
| Prebivalište: | |
| Datum i mjesto rođenja: | |
| Srodstvo/ odnos: | |

| | |
|-------------------------|------|
| 8. Ime i prezime: | OIB: |
| Prebivalište: | |
| Datum i mjesto rođenja: | |
| Srodstvo/ odnos: | |
| 9. Ime i prezime | OIB: |
| Prebivalište: | |
| Datum i mjesto rođenja: | |
| Srodstvo/ odnos: | |

Pročitao sam danu izjavu i na istu nemam – imam primjedbi i to:

Izjavu uzeo:

Stranka:

IZJAVA KORISNIKA I ČLANOVA NJEGOVA KUĆANSTVA
O IMOVINI, TE O DOPUŠTENJU DA SE IZVRŠI UVID U SVE PODATKE O NJIHOVOJ
IMOVINI I DOHOTKU TE OSTALIM OSTVARENIM PRIHODIMA

Ja _____, iz _____

upoznat sam s posljedicama davanja lažne izjave, te izjavljujem kako **jesam – nisam** vlasnik ili korisnik motornog vozila, te **jesam – nisam** vlasnik, suvlasnik, korisnik ili sukorisnik nekretnina, na području Republike Hrvatske – u inozemstvu, koje mi ne služe za podmirenje osnovnih životnih potreba.

| |
|--|
| A) U vlasništvu, suvlasništvu, korištenju ili sukorištenju imam: |
| 1. zemljište (površina i katastarska općina gdje se nalaze) |
| 2. stambeni prostor (površina i katastarska općina gdje se nalazi) |
| 3. motorno vozilo |

Jesam – nisam prodao nekretninu, te **nisam – jesam** prodao motorno vozilo i to:

_____ (navesti predmet ugovora o otuđenju, te datum sklapanja istog/istih)

| |
|---|
| B) REDOVNE NOVČANE PRIHODE u prethodnoj godini _____ - razdoblju od tri mjeseca prije podnošenja zahtjeva ostvario sam od: |
| a) prosječna mjesečna neto-plaća (Naziv i adresa pravnog subjekta gdje je plaća ostvarena _____) |
| b) drugi dohodak (Naziv i adresa pravnog subjekta gdje je dohodak ostvaren _____) |
| c) naknada s osnovi nezaposlenosti |
| d) naknada plaće s osnove bolovanja |
| e) roditeljska potpora |
| f) novčanog primanja u vezi s profesionalnom rehabilitacijom |
| g) mirovina, dodaci na mirovinu i naknade u iznosu mirovine |
| h) prihod od samostalnog obavljanja gospodarske ili profesionalne djelatnosti, prihod ostvaren od iznajmljivanja soba i pružanja usluga i prehrane turistima, prihod od imovine i drugi porezu prihodi prema dobiti, odnosno prihod iz prethodne godine koji je služio za osnovicu pri određivanju poreza |
| i) prihod od prodaje motornog vozila |
| j) prihod od prokaje nekretnina |
| k) naknada za radu u zatvoru/kaznionici |
| l) u inozemstvu sam ostvario prihode i to: |

Redovne novčane prihode u **prethodnoj godini – razdoblju od tri mjeseca** prije podnošenja zahtjeva ostvario sam pod točkama _____ u visini _____.

Upoznat sam s odredbom članka 144. Zakona o pravima hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji prema kojoj je osoba koja je ostvarila pravo ili su joj isplaćena novčana primanja na koja nije imala pravo, te izjavljujem da ću nadoknaditi štetu za ostvarenu jednokratnu novčanu pomoć koja mi ne pripada, odnosno vratit ću primljene iznose:

1. ako sama na osnovi netočnih podataka za koje sam znao ili morao znati da su netočni ili sam na drugi protupravni način ostvario pravo na jednokratnu novčanu pomoć koja mi ne pripada ili sam je ostvario u većem opsegu nego što mi pripada,
2. ako sam ostvario pravo na jednokratnu novčanu pomoć zbog toga što nisam prijavio nastale promjene koje utječu na gubitak ili opseg prava na jednokratnu novčanu pomoć,
3. ako sam imao novčane isplate u iznosu većem od onog koji mi je određen rješenjem nadležnog tijela uprave.

Prvostupanjskom i drugostupanjskom nadležnom tijelu, koje provodi postupak priznavanja prava na jednokratnu novčanu pomoć, dajem dopuštenje da izvrši uvid u sve podatke o mojoj imovini i dohotku i ostalim ostvarenim prihodima, te ukoliko to bude potrebno radi utvrđivanja sastava mog kućanstva, obavli očevid u svim prostorijama moga stambenog prostora.

Pročitao sam danu izjavu i na istu nemam – imam primjedbi i to:

Izjavu uzeo:

Stranka:

(potpis službene osobe)

(potpis)

POTREBNA DOKUMENTACIJA:

* preslik kartice tekućeg računa korisnika

- * potvrda liječnika primarne zdravstvene zaštite o teškoj akutnoj, teškoj kroničnoj ili malignoj bolesti zbog koje se podnosi zahtjev za jednokratnu novčanu pomoć sa šifrom bolesti (MKB) i dijagnozom bolesti ispisanom na hrvatskom jeziku
- * potvrda o redovnom školovanju za djecu stariju od 15. godina života (ne starija od šest mjeseci od dana podnošenja zahtjeva
- * pravomoćna presuda o razvodu braka, ukoliko je brak korisnika razveden
- * *Obrazac broj 6 (vidi dolje)* – Potvrda liječnika primarne zdravstvene zaštite o osnovnoj bolesti zbog koje je potreban učestali prijevoz u zdravstvenu ustanovu, u slučaju iz članka 23. stavka 1. točke b. Pravilnika
- * medicinska dokumentacija za tešku akutnu, tešku kroničnu ili malignu bolest koja nije starija od šest mjeseci od dana podnošenja zahtjeva, te presliku medicinske dokumentacije za tešku ozljedu zbog koje se podnosi zahtjev za jednokratnu novčanu pomoć odnosno otpusno pismo ili drugi dokaz iz kojeg je vidljivo trajanje bolničkog liječenja
- * dokaz o elementarnoj nepogodi u situaciji iz članka 7. stavka 1. točke c) Uredbe (potvrda nadležnog tijela lokalne ili regionalne samouprave
- * račune o troškovima pogreba koji glase na podnositelja zahtjeva (u situaciji iz članka 7. Stavka 1. točke d) Uredbe,
- * smrtni list (u situaciji iz članka 7. stavka 1. točke d) Uredbe

Obrazac broj 6

POTVRDA LIJEČNIKA PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE O OSNOVNOJ BOLESTI ZBOG KOJE JE POTREBAN UČESTALI PRIJEVOZ U ZDRAVSTVENU USTANOVU

IME I PREZIME: _____

ADRESA PREBIVALIŠTA: _____

DATUM ROĐENJA: _____, OIB: _____

Ja, liječnik _____, _____, iz _____
(titula) (ime i prezime pacijenta) (mjesto sjedišta)

Potvrđujem da _____ boluje od
(ime i prezime pacijenta)

bolesti navedene pod rednim brojem _____, te mu – joj je zbog iste potreban učestali prijevoz u zdravstvenu ustanovu.

1. maligna bolest tijekom aktivne faze liječenja ili terminalni oblici bolesti
2. stanje nakon ozljede ili bolesti mozga ili kralježničke moždine s oštećenjem motoričke funkcije udova (teži oblici ataksije, hemiplegije, paraplegije, tetraplegije, paralize)
3. stanje nakon ozljede ili bolesti mozga s teškim oštećenjem kognitivnih funkcija
4. teški oblici parkinsonizma
5. slabo kontrolirani EPI napadaji Jaksonovog tipa uz terapiju
6. traumatski gubitak oba gornja ili donja ekstremiteta
7. traumatski gubitak donjeg ekstremiteta iznad koljena
8. traumatski gubitak donjeg ekstremiteta ispod koljena osobe vezane uz kolica
9. traumatska amputacija stopala po Lisfrancku ili Chopartu
10. traumatska amputacija oba skočna zgloba
11. teški oblici psihoza koji unatoč terapiji zahtijevaju liječnički nadzor ili nadzor druge osobe
12. sljepilo (nedostatak vida na oba oka)
13. teška KOPB kao samostalna bolest ili posljedica TBC s velikim promjenama u ABS (acidobazni status)
14. teška miokardna, valvularna ili krvožilna bolest srca sa znakovima teške dekompenzacije koja bitno ograničava svaku fizičku aktivnost
15. teški oblici bolesti jetre s opsežnim ascitesom i znakovima karidiorespiratorne insuficijencije ili trajna imunosupresivna terapija nakon transplatacije
16. teški oblici bolesti bubrega koji zahtijevaju hemodijalizu ili trajnu imunosupresivnu terapiju nakon transplatacije
17. teški oblici šećerne bolesti s komplikacijama (sljepoća, dijaliza, mutilacija ekstremiteta)
18. bolest _____
(navesti dijagnozu)

o kojoj prilažem medicinsku dokumentaciju kojom se opravdava nesamostalnost bolesne osobe i potreba za učestalim prijevozom u svrhu liječenja:

U _____, dana _____

(pečat i potpis)