

IME I PREZIME _____

OIB: _____

Ime i rođ. prezime majke _____

Ime i prezime oca _____

ADRESA : _____

(Prebivalište-Boravište)

Telefon: _____

**UREDU DRŽAVNE UPRAVE
U ZADARSKOJ ŽUPANIJI
SLUŽBI ZA DRUŠTVENE DJELATNOSTI
ul. Josipa Jurja Strossmayera 20,
23000 ZADAR**

**PREDMET: Priznavanje prava na zdravstvenu zaštitu
zdravstveno neosiguranoj osobi, moli se**

1. NESPOSOBNOST ZA SAMOSTALAN ŽIVOT I RAD JE NASTUPILA ZBOG: (označiti)

- | | |
|----------------------------------|--|
| a) navršenih godina života, | d) liječenja ovisnosti, |
| b) lišenja poslovne sposobnosti, | e) ostvarenog prava na skrb izvan vlastite obitelji, |
| c) trudnoće, | f) kroničnog oštećenja zdravlja |

Upisati drugi razlog _____

2. U KUĆANSTVU ŽIVIM SA SLIJEDEĆIM OSOBAMA:

3. NAVEDENE OSOBE IMAJU / NEMAJU (zaokružiti odgovarajuće) ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

(navesti osobe koje imaju pravo na zdravstveno osiguranje i srodstvo)

4. MOJE KUĆANSTVO U PRETHODNOM MJESECU: (zaokružiti odgovarajuće)

- a) nije ostvarilo nikakve prihode
b) ostvarilo je slijedeće prihode:

5. MOJE KUĆANSTVO: (zaokružiti odgovarajuće)

- a) ne posjeduje imovinu
b) osim imovine koja služi za podmirenje osnovnih stambenih i drugih osnovnih životnih potreba posjeduje i slijedeću imovinu:

6. KORISNIK SAM / NISAM (zaokružiti odgovarajuće) PRAVA PRI CENTRU ZA SOCIJALNU SKRB.

POTPIS PODNOSITELJA/ICE ZAHTJEVA:

U Zadru, _____

PRILOZI:

1. DOKAZ O NESPOSOBNOSTI ZA SAMOSTALAN ŽIVOT I RAD (uredovna potvrda, medicinska dokumentacija
2. PRESLIKA OSOBNE ISKAZNICE ILI UVJERENJE MUP-a O PREBIVALIŠTU
3. RODNI LIST
4. UVJERENJE I RJEŠENJE O PRIMANJU SOCIJALNE POMOĆI (od Centra za socijalnu skrb Zadar)
5. POTVRDA O VISINI DOHOTKA POREZNE UPRAVE - ZA SVE PUNOLJETNE ČLANOVE KUĆANSTVA
6. POTVRDA O NEZAPOSLENOSTI (Zavod za zapošljavanje Zadar)
7. UVJERENJE HRVATSKOG ZAVODA ZA MIROVINSKO OSIGURANJE
8. UVJERENJE KATASTRA – posjedovni list
9. UVJERENJE OPĆINSKOG SUDA – zemljišne knjige
10. POTVRDA O TRUDNOĆI
11. POTVRDA USTANOVE ZA OVISNOST i sl.