

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

**PREDMET: ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE STATUSA
HRVATSKOG RATNOG VOJNOG INVALIDA
IZ DOMOVINSKOG RATA**

IME I PREZIME, IME OCA: _____

DATUM I MJESTO ROĐENJA: _____

OIB: _____

DRŽAVLJANSTVO: _____

PREBIVALIŠTE: _____

TELEFON: _____

DJELATNI SASTAV OSRH (*postrojba i razdoblje pripadnosti*): _____

PRIČUVNI SASTAV OSRH (*postrojba i razdoblje pripadnosti*): _____

MUP RH (*PU i razdoblje pripadnosti*): _____

Tražim priznavanje statusa HRVI iz Domovinskog rata po osnovi (*zaokružiti*):

- 1. ranjavanja**
- 2. ozljede**
- 3. bolesti**
- 4. zatočeništva u neprijateljskom logoru**

1.2. DATUM RANJAVANJA / OZLJEDE:

MJESTO RANJAVANJA / OZLJEDE (bojišnica):

DIO TJELA KOJI JE RANJEN / OZLJEĐEN:

OKOLNOSTI RANJAVANJA / OZLJEDE: _____

PRIPADNOST POSTROJBI U TRENUTKU RANJAVANJA / OZLJEDE:

ZDRAVSTVENA USTANOVA GDJE SAM LIJEČEN/A:

3. BOLEST ZA KOJU TRAŽIM PRIZNAVANJE STATUSA HRVI:

4. ZAROBLJEN/A SAM DANA: _____

NEPRIJATELJSKI LOGOR U KOJEM SAM BIO/LA ZATOČEN/A I DO KADA:

OKOLNOSTI ZAROBLJAVANJA: _____

PRIPADNOST POSTROJBI U TRENUTKU ZAROBLJAVANJA: _____

Napomena: _____

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 statusa hrvatskog ratnog vojnog invalida iz Domovinskog rata i prava koja proizlaze iz tog statusa, temeljem Zakona o pravima hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji („Narodne novine“ broj: 174/04., 92/05., 02/07., 107/07., 65/09., 137/09., 146/10., 55/11, 140/12., 33/13., 148/13. i 92/14.) prikupljaju isključivo u svrhu ostvarivanja traženog prava te da se u druge svrhe neće koristiti. Također sam informiran-a o identitetu voditelja zbirke. Dobrovoljno dajem svoje osobne podatke i privolu u smislu prikupljanja i obrade istih u navedenu svrhu.

U _____, _____ godine.

(potpis podnositelja zahtjeva)

ZAHTJEVU PRILAŽEM:

1. Rodni list
2. Domovnica
3. Uvjerenje o prebivalištu (MUP)
4. Potvrdu o statusu hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata, ne starija od 6 mjeseci (MORH, nadležni Područni Odsjek za poslove obrane Zadar ili MUP)
5. Potvrda o okolnostima stradavanja, odnosno o okolnostima ranjavanja, ozljeđivanja ili zarobljavanja nadležne postrojbe HV (odnosno pravnog sljednika) ili MUP-a
6. Otpusno pismo o liječenju i druga medicinska dokumentacija, te preslik Osobnog zdravstvenog kartona ovjeren od izabranog liječnika, sa potpisom, brojem i pečatom. Za ranjene i ozlijeđene predaje se medicinska dokumentacija isključivo za rane ili ozljede navedene u potvrdi o okolnostima stradavanja, od dana stradavanja do podnošenja zahtjeva
7. Potvrda o neprimanju naknade za tjelesno oštećenje (HZMO)
8. Uvjerenje da se ne vodi kazneni postupak za kaznena djela protiv RH (Općinski sud prema mjestu prebivališta)
9. Potvrda Područne službe HZMO-a o primanju mirovine ili novčane naknade od dana stjecanja prava na profesionalnu rehabilitaciju, kao i za vrijeme profesionalne rehabilitacije,
10. za zatočene - Potvrda o zatočenju u neprijateljskom logoru Ministarstva hrvatskih branitelja

Napomena:

** medicinska dokumentacija mora biti iz vremena pripadnosti postrojbama (HV ili MUP), te nakon sudjelovanja u obrani suvereniteta RH, kontinuitet liječenja, kao i novi specijalistički nalazi ne stariji od 6 mjeseci*

** svi specijalistički nalazi moraju biti propisno ovjereni pečatom ustanove koja je izdala nalaz, faksimilom liječnika koji mora sadržavati broj i potpis liječnika*

** svi dokumenti moraju biti u originalu, te se nakon uvida u original isti preslikavaju i ovjeravaju, a originali se vraćaju stranci*