**IME I PREZIME** OSOBE ZA KOJU SE TRAŽI OBVEZNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ADRESA** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TELEFON**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **SISAČKO-MOSLAVAČKA ŽUPANIJA**

 **Upravni odjel za zdravstvo, socijalnu skrb i**

 **hrvatske branitelje**

**PREDMET: Priznavanje prava na zdravstvenu zaštitu**

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

a) navršenih godina života, d) liječenja od ovisnosti,

b) lišenja poslovne sposobnosti, e) ostvarenog prava na skrb izvan vlastite obitelji,

 c) trudnoće, f) oštećenja zdravlja

Upisati drugi razlog \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. ČANOVI KUĆANSTVA I SRODSTVO:**

a) ŽIVIM SAM/-A

b) ŽIVIM S NAVEDENIM ČLANOVIMA KUĆANSTVA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. PRIHODI SAMCA/KUĆANSTVA U PRETHODNOM MJESECU (zaokružiti odgovarajuće):**

a) bez prihoda

b) ostvareni sljedeći prihodi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. IMOVINA SAMCA/ KUĆANSTVA (zaokružiti odgovarajuće):**

a) ne posjedujem/-mo imovinu

b) posjedujem/-mo imovinu koja služi za podmirenje osnovnih životnih potreba

c) posjedujem/-mo imovinu čijom bi prodajom ili davanjem u najam/ zakup mogli ostvariti sredstva veća od 100% osnovice za socijalna davanja (800,00 kn)

**5. OSTVARUJETE LI NEKO PRAVO PRI CENTRU ZA SOCIJALNU SKRB?**

a) DA, OSTVARUJEM SLJEDEĆA PRAVA (navesti koja): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b) NE

Pod kaznenom odgovornošću izjavljujem da su navedeni podaci istiniti.

  **POTPIS PODNOSITELJA/ICE ZAHTJEVA**

U Sisku, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PRILOZI:**

1. DOKAZ O NESPOSOBNOSTI ZA SAMOSTALAN ŽIVOT I RAD (nalaz i mišljenje tijela vještačenja, medicinska dokumentacija potrebna radi slanja na vještačenje, dokaz o trudnoći i sl.)
2. PRESLIKA OSOBNE ISKAZNICE - za sve članove kućanstva
3. VLASNIČKI LIST IZ GRUNTOVNICE – za sve članove kućanstva
4. DOKAZ O PRIHODU – za sve članove kućanstva
5. RJEŠENJE O SMJEŠTAJU/ LIŠENJU POSLOVNE SPOSOBNOSTI