**ZAHTJEV ZA OSLOBOĐENJE OD SUDJELOVANJA U POKRIĆU DIJELA TROŠKOVA**

**ZDRAVSTVENE ZAŠTITE IZ OBVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA**

**(„HB zdravstvena iskaznica“)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | IME I PREZIME, OČEVO IME: | | | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | | | | |  | | | | |
| 2. | DATUM I MJESTO ROĐENJA: | | | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | | | | |  | | | | |
| 3. | OIB: | | |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | | | | | |
| 4. | DRŽAVLJANSTVO: | | | | | |  | | | | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | | | | | |
| 5. | PREBIVALIŠTE: | | | | |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | |  | | | | | | | | |
| 6. | TELEFON: | | | |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | | | | |
| 7. | ZAHTJEV PODNOSIM PO SLJEDEĆOJ OSNOVI: | | | | | | | | | |  | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | |
|  | a) | članovi uže i šire obitelji smrtno stradalog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata dok su korisnici prava na obiteljsku invalidninu | | | | | | | | | | | | |
|  | b) | članovi uže i šire obitelji nestaloga hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata dok su korisnici prava na novčanu naknadu obiteljske invalidnine | | | | | | | | | | | | |
|  | c) | hrvatski ratni vojni invalidi iz Domovinskog rata | | | | | | | | | | | | |
|  | d) | hrvatski branitelji iz Domovinskog rata s utvrđenim oštećenjem organizma od najmanje 30% | | | | | | | | | | | | |
|  | e) | djeca smrtno stradalih ili nestalih hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata nakon prestanka prava na obiteljsku invalidninu odnosno novčanu naknadu u iznosu obiteljske invalidnine ako su nezaposlena i ako su za vrijeme korištenja obiteljske invalidnine odnosno novčane naknade u iznosu obiteljske invalidnine ostali bez roditeljske skrbi drugog roditelja ili je nastupila smrt drugog roditelja | | | | | | | | | | | | |
|  | f) | djeca smrtno stradalih ili nestalih hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata nakon prestanka prava na obiteljsku invalidninu odnosno novčanu naknadu u iznosu obiteljske invalidnine ako su korisnici naknade za nezaposlene hrvatske branitelje iz Domovinskog rata i članove njihove obitelji | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | |
| U |  | | | | | | | , |  | | | godine. | | |
|  |  | | | | | | |  |  | | |  | | |
|  |  | | | | | | |  | | | |  |  | |
|  |  | | | | | | |  | | | |  |  | |
|  |  | | | | | | |  | | | |  | |  |
|  |  | | | | | | |  | | | | *(potpis podnositelja zahtjeva)* | |  |

UZ ZAHTJEV POTREBNO PRIBAVITI \*:

1. Preslika osobne iskaznice
2. Dokaz o utvrđenom statusu (u slučaju iz točke 7.a),b),c),e) i f) zahtjeva)
3. Rješenje o utvrđenom oštećenju organizma od najmanje 30% (u slučaju iz točke 7.d) zahtjeva)
4. Uvjerenje da se protiv korisnika ne vodi kazneni postupak za kaznena djela iz članka 21. Zakona od nadležnog općinskog suda prema mjestu prebivališta i potvrda kaznene evidencije ministarstva nadležnog za pravosuđe da korisnik nije pravomoćnom sudskom presudom osuđen za kaznena djela iz članka 21. Zakona
5. Dokaz o korištenju obiteljske invalidnine, odnosno novčane naknade u iznosu obiteljske invalidnine (u slučaju iz točke 7.a) i b) zahtjeva)
6. Dokaz o lišenju roditeljske skrbi drugog roditelja ili smrti drugog roditelja (u slučaju iz točke 7. e) zahtjeva)
7. Dokaz o nezaposlenosti (u slučaju iz točke 7. e) zahtjeva)
8. Dokaz o korištenju naknade za nezaposlene hrvatske branitelje iz Domovinskog rata i članove njihovih obitelji (u slučaju iz točke 7. f) zahtjeva)

\*Stranka uz zahtjev prilaže dokaze kojima raspolaže, a po službenoj dužnosti će se prikupiti podaci o kojima nadležna tijela vode evidenciju