



REPUBLIKA HRVATSKA  
ZAGREBAČKA ŽUPANIJA  
Upravni odjel za zdravstvo i socijalnu skrb  
Ulica grada Vukovara 72  
10 000 Zagreb

U \_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_.

## ZAHTEJEV ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA JEDNOKRATNU NOVČANU POMOĆ

### I. PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA:

Ime i prezime: \_\_\_\_\_

Adresa prebivališta: \_\_\_\_\_

Adresa trenutnog boravišta: \_\_\_\_\_

Datum i godina rođenja: \_\_\_\_\_

Osobni identifikacijski broj (OIB): \_\_\_\_\_

IBAN tekućeg ili žiro računa: \_\_\_\_\_

*(u slučaju podmirenja troškova liječenja dostaviti IBAN žiro računa)*

Broj telefona: \_\_\_\_\_

Radni status podnositelja zahtjeva (zaokružiti): a) zaposlen;  
b) nezaposlen,  
c) u mirovini.

Zahtjev podnosi (zaokružiti):

- a) osobno      b) bračni drug      c) punoljetno dijete      d) roditelj  
e) zakonski zastupnik/skrbnik      f) Centar za socijalnu skrb      g) jedinica lokalne samouprave



**III. NAMJENA JEDNOKRATNE NOVČANE POMOĆI UZ KRATKI OPIS POTREBE:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Potpis podnositelja/ice zahtjeva:**

---

Zahtjevu prilažem (zaokružiti):

- 1. preslika osobne iskaznice;
- 2. preslika kartice tekućeg ili žiro računa (u slučaju podmirenja troškova liječenja dostaviti presliku kartice žiro računa);
- 3. dokaz o primanjima u posljednja tri mjeseca prije podnošenja zahtjeva za svaki mjesec (plaća, mirovina) za sve članove zajedničkog kućanstva;
- 4. potvrda MUP-a o obavljenom očevidu i zaključak ili rješenje o dodjeli novčane pomoći nadležne jedinice lokalne samouprave u slučaju više sile;
- 5. liječnička dokumentacija;
- 6. potvrda o sudjelovanju u Domovinskom ratu;
- 7. rješenje o postotku invalidnosti za hrvatske ratne vojne i civilne invalide,
- 8. druga dokumentacija (navesti koja \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_).