IME I PREZIME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OIB: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Prebivalište-Boravište)

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

TELEFON\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**KOPRIVNIČKO-KRIŽEVAČKA ŽUPANIJA**

**UPRAVNI ODJEL ZA ZDRAVSTVENO-SOCIJALNE DJELATNOSTI**

**ANTUNA NEMČIĆA 5, 48000 KOPRIVNICA**

**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.

7. POD KAZNENOM ODGOVORNOŠĆU IZJAVLJUJEM DA SU NAVEDENI PODACI ISTINITI.

POTPIS PODNOSITELJA/ICE ZAHTJEVA

U KOPRIVNICI, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PRILOZI:

1. DOKAZ O NESPOSOBNOSTI ZA SAMOSTALAN ŽIVOT I RAD (uredovna potvrda, medicinska dokumentacija ..)
2. PRESLIKA OSOBNE ISKAZNICE ILI UVJERENJE O PREBIVALIŠTU
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_