

**ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA NAKNADU ZA NEZAPOSLENE**

--

Dubrovačko-neretvanska županija, Upravni odjel za društvene djelatnosti.

Ime i prezime službene osobe \_\_\_\_\_ tel. službene osobe \_\_\_\_\_

**ZAHTJEV**

1. OSOBNI PODACI O KORISNIKU:	
IME I PREZIME:	
ADRESA PREBIVALIŠTA:	
MJESTO I DRŽAVA ROĐENJA:	
DATUM ROĐENJA:	
OIB:	
MBG:	
BROJ TELEFONA/MOBITELA:	
IME I PREZIME, PREBIVALIŠTE, BROJ TELEFONA KORISNIKOVA OPUNOMOĆENIKA/ZAKONSKOG ZASTUPNIKA/SKRBNIKA (ako on podnosi zahtjev)	
2. PODNOSITELJ ZAHTJEVA:	
a) korisnici obiteljske invalidnine, odnosno novčane naknade obiteljske invalidnine	
b) djeca smrtno stradalog hrvatskog branitelja i djeca nestalog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata i nakon što im prestane pravo na obiteljsku invalidninu, odnosno novčanu naknadu obiteljske invalidnine	
c) korisnici osobne invalidnine	
d) bračni ili izvanbračni drug umrlog HRVI iz Domovinskog rata	
e) bračni ili izvanbračni drug umrlog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata iz članka 8. ovog Zakona koji je u obrani suvereniteta Republike Hrvatske sudjelovao najmanje 100 dana	
f) roditelji umrlog HRVI iz Domovinskog rata koji u trenutku smrti nije imao bračnog ili izvanbračnog druga	

g) roditelji umrlog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata iz članka 8. ovog Zakona koji je u obrani suvereniteta Republike Hrvatske sudjelovao najmanje 100 dana koji u trenutku smrti nije imao bračnog ili izvanbračnog druga
h) hrvatski branitelji iz Domovinskog rata koji su u obrani suvereniteta Republike Hrvatske sudjelovali najmanje 100 dana i koji imaju prebivalište u Republici Hrvatskoj
<b>3. VREMENSKO RAZDOBLJE ZA IZRAČUN PRIHODA:</b>
a) prethodna godina
b) tri mjeseca prije podnošenja zahtjeva
<b>4. Podnositelj zahtjeva ili član njegovog zajedničkog kućanstva JE BIO KORISNIK PRAVA NA zajamčenu minimalnu naknadu I SADA PRELAZI NA NAKNADU ZA NEZAPOSLENE:</b>
a) DA <sup>1</sup>
b) NE
<b>5. Imate li registrirano trgovačko društvo (d.o.o, d.d. itd.)?</b>
a) DA (navesti koje) _____
b) NE
<b>6. Jeste li na temelju rješenja nadležnog tijela smješteni u zdravstvenu ustanovu?</b>
a) DA (naziv ustanove) _____
b) NE
<b>7. Jeste li na teret državnog proračuna RH korisnik usluge smještaja ili organiziranog stanovanja sukladno odredbama propisa o socijalnoj skrbi ili drugih posebnih propisa?</b>
a) DA _____
b) NE _____

(<sup>1</sup>Napomena: Postupak sukladno članku 108. stavku 3. do 6. Zakona)

### IZJAVA O SUGLASNOSTI

Upoznat-a sam da se moji osobni podaci kao podnositelja zahtjeva za priznavanje prava na naknadu za nezaposlene hrvatske branitelje iz Domovinskog rata i članove njihovih obitelji, temeljem Zakona o hrvatskim braniteljima iz Domovinskog rata i članovima njihovih obitelji (NN, br. 121/17) i podaci članova moga kućanstva, prikupljaju isključivo u svrhu ostvarivanja traženog prava te da se u druge svrhe neće koristiti. Dobrovoljno dajem svoje osobne podatke i podatke članova svojeg kućanstva te privolu u smislu prikupljanja i obrade istih u navedenu svrhu.

U \_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

potpis