

_____ (ime i prezime)

_____ (adresa stanovanja)

_____ (telefon)

U _____, dana _____

DUBROVAČKO-NERETVANSKA ŽUPANIJA
Upravni odjel za društvene djelatnosti
Vukovarska 16, 20000 Dubrovnik

**ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA OBVEZNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE
na teret sredstava Proračuna RH kao osobi nesposobnoj za rad bez sredstava za uzdržavanje**

Molim Naslov da mi po provedenom postupku prizna pravo na obvezno zdravstveno osiguranje kao osobi kojoj se zdravstvena zaštita ne osigurava po drugoj osnovi sukladno čl. 15. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“, broj 80/13,137/13 i 98/19).

Roden-a sam _____ u _____ od oca _____ i
majke _____, OIB: _____ te sam prijavljenog prebivališta/stalnog boravka u

U zajedničkom kućanstvu živim _____

Moje kućanstvo je u prethodna 3 mjeseca ostvarilo sljedeće prihode: _____

Uzdržavam se od _____

i nemam sredstava ni vrijednije imovine od koje bi ostvario sredstava za uzdržavanje.

Obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugom osnovu jer sam _____

_____ i nemam drugih članova obitelji preko kojih bi mogao/la ostvariti ovo pravo.

Obvezno zdravstveno osiguranje mi je neophodno zbog nesposobnosti za samostalan rad jer sam _____

Ukoliko je potrebno provesti postupak utvrđivanja nesposobnosti za samostalan rad, suglasan/a sam da me se uputi na Prvostupanjsko tijelo vještačenja radi utvrđivanja istog.

Pod kaznenom odgovornošću izjavljujem da su navedeni podaci istiniti.

IZJAVA O SUGLASNOSTI:

Upoznat-a sam da se sukladno čl. 6. st. 1., čl. 7. st. 1. i čl. 9. st. 1. i 2. Zakona o zaštiti osobnih podataka (NN br. 103/03, 118/06, 41/08, 130/11, 106/12), moji osobni podaci kao podnositelja zahtjeva za priznavanje prava na obvezno zdravstveno osiguranje temeljem Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju i podaci članova mogu kućanstva, prikupljaju isključivo u svrhu ostvarivanja traženog prava, te da se u druge svrhe neće koristiti. Također sam informiran/a o identitetu voditelja zbirke. Dobrovoljno dajem svoje osobne podatke i podatke članova svoga kućanstva, te privolu u smislu prikupljanja i obrade istih u navedenu svrhu.

(potpis podnositelja zahtjeva)

Prilozi zahtjevu za priznavanje prava na obvezno zdravstveno osiguranje:

1. Rodni list i preslika osobne iskaznice ili uvjerenje o prebivalištu (Policajska uprava)
2. Izjava o zajedničkom kućanstvu
3. Potvrda o visini dohotka (Porezna uprava) za podnositelja i za članove kućanstva
4. Uvjerenje HZMO da se ne ostvaruju prihodi od mirovine (i za članove kućanstva)
5. Potvrda zemljišno-knjižnog odjela o posjedovanju nekretnina
6. Potvrda Ureda za katastar o katastarskom prihodu
7. Potvrda o nezaposlenosti (Zavod za zapošljavanje) (i za članove kućanstva)
8. Potvrda Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje Dubrovnik o neostvarivanju zdravstvenog osiguranja ni po kojoj drugoj osnovi
9. Rješenje ili uvjerenje Centra za socijalnu skrb Dubrovnik o primanju pomoći za uzdržavanje
10. Rješenje Centra za socijalnu skrb o pravu na skrb izvan vlastite obitelji
11. Nalaz i mišljenje tijela vještačenja o potpunoj nesposobnosti za rad i privređivanje odnosno o nesposobnosti za samostalan život i rad osobe s kroničnim oštećenjem organizma (Centar za socijalnu skrb)
12. Liječničke potvrde i uvjerenja
13. Potvrda ustanove za ovisnost i sl.
14. Rješenje o lišavanju poslovne sposobnosti
15. Potvrda o trudnoći ili porodu