
(ime i prezime)

(adresa stanovanja)

mob. _____

ISTARSKA ŽUPANIJA
Upravni odjel za zdravstvo i
socijalnu skrb

ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE STATUSA HRVI

(ime, ime oca, prezime)

(ime majke, djevojačko prezime)

OIB

(datum, mjesto i država rođenja)

po osnovi **ranjavanja-ozljede** _____
(datum i mjesto stradavanja, pripadnost postrojbi)

(okolnosti stradavanja i koji dio tijela)

po osnovi **bolesti ili pogoršanja bolesti** _____

pripadnost postrojbi u Domovinskom ratu _____

kada je bolest nastala i pod kojim okolnostima **te početak liječenja** _____

Liječen sam u zdravstvenoj ustanovi _____
(navesti ime ustanove)

da li je ostvarena novčana naknada za tjelesno oštećenje po propisima o mirovinskom i invalidskom osiguranju

DA NE

da li je ostvaren doplatak za njegu i pomoć druge osobe po drugim propisima

DA NE

da li se vodi kazneni postupak na sudu DA NE

radni status: - u radnom odnosu

- nezaposlen - novčana naknada DA NE
- mirovina

tražim priznavanje prava na: - osobnu invalidninu
(zaokružiti)

- posebni doplatak
- doplatak za njegu i pomoć druge osobe
- ortopedski doplatak

U Puli, _____

potpis podnositelja zahtjeva

Popis potrebne dokumentacije:

- domovnica
- uvjerenje o prebivalištu – MUP
- potvrda HZMO-a o naknadi za tjelesno oštećenje po njihovim propisima
- potvrda o nekažnjavanju – Općinski sud
- potvrda o statusu hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata (MORH ili MUP)
- potvrda o okolnostima stradavanja (za ranjavanje ili ozljedu)
- opis ratnog puta
- potvrda o zatočeništvu (logor) – MHB
- medicinska dokumentacija o liječenju po stradavanju i daljnji kontinuitet liječenja (za ranjavanje ili ozljedu) ili medicinska dokumentacija o liječenju od nastanka bolesti i daljnji kontinuitet liječenja
- potvrda o radnom statusu (potvrda poslodavca ili potvrda HZZ-a o nezaposlenosti ili rješenje o mirovini)