# ZADARSKA ŽUPANIJA

UPRAVNI ODJEL ZA HRVATSKE BRANITELJE,

UDRUGE, DEMOGRAFIJU I SOCIJALNU POLITIKU

# ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE STATUSA:

# - HRVATSKOG RATNOG VOJNOG INVALIDA IZ DOMOVINSKOG RATA

- UTVRĐIVANJE NOVOG POSTOTKA OŠTEĆENJA ORGANIZMA (2 godine)

- UTVRĐIVANJE NOVOG POSTOTKA OŠTEĆENJA ORGANIZMA I

 PRIZNAVANJE STATUSA HRVI IZ DOMOVINSKOG RATA (6 mjeseci)

IME I PREZIME, IME OCA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATUM I MJESTO ROĐENJA, OIB: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

DRŽAVLJANSTVO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PREBIVALIŠTE i BROJ TELEFONA:

PRIPADNIK MORH-a/MUP-a *(postrojba i razdoblje pripadnosti)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

RANJAVANJE – OZLJEDA -ZATOČENJE za koje tražim priznavanje statusa HRVI iz Domovinskog rata (*zaokružiti*)

PRIPADNOST POSTROJBI, VRIJEME MJESTO I OKOLNOSTI STRADAVANJA:

DIO TIJELA U KOJI JE RANJEN/OZLIJEĐEN:

**BOLEST** ZA KOJU TRAŽIM PRIZNAVANJE STATUSA HRVI:

- nastala je kao neposredna posljedica sudjelovanja u obrani RH u Domovinskom ratu

- pogoršala se tijekom sudjelovanja u obrani RH u Domovinskom ratu

ZDRAVSTVENA USTANOVA U KOJOJ JE SPROVEDENO LIJEČENJE:

RADNO PRAVNI STATUS:

**-** u radnom odnosu

- korisnik mirovine

- nezaposlena osoba

S OSNOVE UTVRĐENOG OŠTEĆENJA ORGANIZMA TRAŽIM DA MI SE PRIZNA PRAVO NA:

- osobnu invalidninu

- posebni doplatak

NAPOMENA:

**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. i 41/08.) moji osobni podaci kao podnositelja zahtjeva za priznavanje statusa hrvatskog ratnog vojnog invalida iz Domovinskog rata i prava koja proizlaze iz tog statusa, temeljem Zakona o hrvatskim braniteljima iz Domovinskog rata i članovima njihovih obitelji („Narodne novine“ broj: 121/17., 98/19. i 84/21.) 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 privolu u smislu prikupljanja i obrade istih u navedenu svrhu.

U , godine.

 (potpis podnositelja zahtjeva)

**POTREBNA DOKUMENTACIJA:**

- preslik osobne iskaznice

- potvrda o okolnostima stradavanja koju je izdala nadležna postrojba Oružanih snaga RH,

 nadležno tijelo ministarstva nadležnog za obranu, policijska uprava ministarstva nadležnog za unutarnje

 poslove odnosno ministarstvo nadležno za unutarnje poslove u sjedištu u kojoj se navodi pripadnost

 postrojbi, vrijeme, mjesto i opis uzroka i okolnosti stradavanja,

- opis ratnog puta, odnosno prikaz ratnih zadataka koje je hrvatski branitelj iz Domovinskog rata izvršavao

 u obrani suvereniteta RH (ukoliko ga podnositelj zahtjeva posjeduje)

- medicinska dokumentacija o liječenju nakon ranjavanja ili ozljede koju je izdala zdravstvena ustanova,

 liječnička ordinacija i načelnik ratnog saniteta postrojbe iz vremena nakon ranjavanja ili ozljede, u

 kontinuitetu do podnošenja zahtjeva (*preslici i originali na uvid*)

- medicinska dokumentacija za bolest ili pogoršanje bolesti koju je izdala zdravstvena ustanova, liječnička

 ordinacija ili načelnik ratnog saniteta postrojbe u kojoj se navodi anamneza, dijagnoza i terapija za

 hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata, u kontinuitetu od pojave bolesti do podnošenja zahtjeva

 (*preslici i originali na uvid*)

- potvrda o zatočenju u neprijateljskom logoru, zatvoru ili u drugom neprijateljskom objektu

**NAPOMENA:**

- *svi specijalistički nalazi moraju biti propisno ovjereni pečatkom ustanove koja je izdala nalaz i faksimilom*

 *liječnika koji mora sadržavati broj i potpis liječnika*