**ZADARSKA ŽUPANIJA**

**UPRAVNI ODJEL ZA HRVATSKE BRANITELJE,**

**UDRUGE, DEMOGRAFIJU I SOCIJALNU POLITIKU**

**ZADAR**

**OBRAZAC 1**

**ZAHTJEV  
ZA PRIZNAVANJE STATUSA  
CIVILNOG INVALIDA IZ DOMOVINSKOG RATA I PRAVA PO OSNOVI OŠTEĆENJA ORGANIZMA  
prema Zakonu o civilnim stradalnicima  
iz Domovinskog rata**

**OSOBNI PODACI:**

Ime i prezime, ime roditelja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa prebivališta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(navesti adresu sa osobne iskaznice, ukoliko se razlikuje od adrese na kojoj korisnik boravi navesti obje adrese)

Mjesto i država rođenja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum rođenja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Broj telefona: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Broj mobitela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podaci opunomoćenika – zakonskog zastupnika – skrbnika \_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

(ime i prezime, adresa prebivališta, broj telefona)

**PODNOSIM ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE STATUSA CIVILNOG INVALIDA IZ DOMOVINSKOG RATA TE PRAVA NA:**

**1. OSOBNU INVALIDNINU**

**2. DODATAK ZA NJEGU I POMOĆ DRUGE OSOBE**

**3. ORTOPEDSKI DODATAK**

**PO OSNOVI SLJEDEĆEG OŠTEĆENJA ORGANIZMA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A) | RANA ILI OZLJEDA DIJELA TIJELA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a uzrok je: | |
|  | 1. | zatočenje u logoru, zatvoru ili drugom neprijateljskom objektu, odnosno drugo lišenje slobode u vezi s okolnostima iz Domovinskog rata od: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, u \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | 2. | ratni događaji i operacije: bombardiranje, eksplozija mine, zalutali metak i sl. |
|  | 3. | eksplozija minsko-eksplozivnih sredstava zaostalih nakon ratnih operacija u Domovinskom ratu |
|  | 4. | eksplozija minsko-eksplozivnih sredstava ili uporaba vatrenog oružja izvan ratnih operacija, ali u vezi s okolnostima iz Domovinskog rata |

B) BOLEST \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, koja je neposredna posljedica zatočenja u logoru, zatvoru ili drugom neprijateljskom objektu, odnosno drugog lišenja slobode u vezi s okolnostima iz Domovinskog rata od: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, u \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OKOLNOSTI STRADAVANJA**(opis) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

– datum stradavanja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

– mjesto stradavanja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IZJAVA O SUGLASNOSTI

Dobrovoljno dajem svoje osobne podatke te privolu u smislu prikupljanja i obrade istih u navedenu svrhu.

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ godine

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (potpis podnositelja) |

**POTREBNI DOKAZI[1](Dokaze pod točkama 1. i 2. dužan je pribaviti podnositelj zahtjevaDokaze pod točkama 3. do 5. pribavit će se po službenoj dužnosti, a može ih priložiti i korisnik ukoliko raspolaže navedenim dokazima)**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Preslika osobne iskaznice |
| 2. | Medicinska dokumentacija koja se odnosi isključivo na predmetno oštećenje organizma: |
|  | −     za ranjavanje ili ozljeđivanje: neophodan dokaz je medicinska dokumentacija nastala neposredno nakon stradavanja. Za stradavanje u Domovinskom ratu prva medicinska dokumentacija mora biti najkasnije s datumom 30. 9. 1996. godine |
|  | −     za bolest neophodan dokaz je medicinska dokumentacija koja potječe iz vremena zlostavljanja odnosno otpusta iz zatočeništva ili iz vremena od 30 dana nakon toga, a iznimno za bolest psihe prva medicinska dokumentacija ne smije biti starija od dvije godine nakon zlostavljanja odnosno otpusta iz zatočeništva |
| 3. | Potvrda o uzroku i okolnostima stradavanja, izdana od nadležne policijske uprave i drugih nadležnih tijela |
| 4. | Potvrda o zatočenju – za podnositelje zahtjeva koji su bili u zatočeništvu, kojima je osnova oštećenja organizma rana, ozljeda ili bolest kao posljedica zatočeništva |
| 5. | Potvrda Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje o neprimanju naknade za predmetno tjelesno oštećenje |
| 6. | Drugi dokazi |