|  |
| --- |
|  |

(oznaka HZZO-a)

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Područna ustrojstvena jedinica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA RODILJNU / RODITELJSKU / POSVOJITELJSKU POŠTEDU OD RADA\***

|  |  |
| --- | --- |
| Podaci podnositelja zahtjeva |  |
| Ime i prezime |  |
| Adresa stanovanja |  |
| Telefon/mobitel |  |
| OIB |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Molim priznavanje prava na: | Označiti (✓) |
| Rodiljnu pošteda od rada (do šest mjeseci života djeteta) |  |
| Roditeljska pošteda od rada do navršene prve godine života djeteta (za prvo i drugo dijete) |  |
| Roditeljska pošteda od rada do navršene treće godine života djeteta (za blizance, treće i svako sljedeće dijete) |  |
| Posvojiteljska pošteda od rada |  |

Traženo pravo koristit ću za dijete/djecu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ime i prezime djeteta/djece | Datum rođenja djeteta/djece | OIB djeteta/djece |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\* Nezaposleni korisnik, korisnik koji ostvaruje drugi dohodak, poljoprivrednik koji u Republici Hrvatskoj obavlja djelatnost poljoprivrede i šumarstva kao jedino ili glavno zanimanje.

|  |  |
| --- | --- |
| Datum početka korištenja prava | Trajanje prava (u mjesecima)\*\* |
|  |  |

\*\* Sukladno članku 7. stavku 1. točki 6. Zakona mjesec je jedinična vremenska vrijednost od **30 kalendarskih dana.**

Molim da mi se naknada isplaćuje na tekući račun:

|  |  |
| --- | --- |
| Ime banke | IBAN |
|  |  |

Uz zahtjev prilažem:

1. Rodni list djeteta (kod prvog podnošenja zahtjeva ako HZZO istim ne raspolaže)
2. Uvjerenje MUP-a o neprekidnom prebivalištu, odobrenom stalnom boravku ili dugotrajnom boravištu u RH (ako HZZO istim ne raspolaže)
3. Potvrda Hrvatskog zavoda za zapošljavanje da se osoba vodi u evidenciji nezaposlenih osoba (ako HZZO istim ne raspolaže)
4. Potvrda o pravomoćnosti rješenja o posvojenju koju izdaje Hrvatski zavod za socijalni rad - za posvojiteljsku brigu

U slučaju nemogućnosti prilaganja nekog od navedenih dokumenata molimo napisati kratko obrazloženje.

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

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

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

(mjesto) (datum)

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

(potpis podnositelja zahtjeva)

**Napomena:** *Ovaj obrazac nije službena tiskanica Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje te služi isključivo kao pomoć osiguranoj osobi prilikom podnošenja zahtjeva u upravnom postupku.*

*Svoj zahtjev za pokretanje postupka stranka može neposredno podnijeti javnopravnom tijelu u pisanom obliku ili usmeno na zapisnik, a može takav zahtjev poslati poštom ili dostaviti elektroničkim putem.*