|  |
| --- |
|  |

(oznaka HZZO-a)

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

**ZAHTJEV ZA KORIŠTENJE PRAVA NA JEDNOKRATNU NOVČANU POTPORU ZA NOVOROĐENO DIJETE**

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

Traženo pravo koristit ću za dijete/djecu:

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

Traženo pravo ću koristiti kao:

|  |  |
| --- | --- |
| Svojstvo podnositelja | Označiti (✓) |
| Roditelj djeteta (majka, otac) |  |
| Posvojitelj/posvojiteljica djeteta za posvojeno dijete za koje ista potpora nije isplaćena ranijem korisniku |  |
| Skrbnik maloljetnog djeteta/druga fizička osoba kojoj je maloljetno dijete odlukom nadležnog tijela povjereno na svakodnevnu skrb ili koja ostvaruje roditeljsku skrb pod uvjetom da to pravo roditelj djeteta nije iskoristio |  |

Molim da mi se novčana potpora isplati na tekući račun:

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

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.*