|  |
| --- |
|  |

(oznaka HZZO-a)

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

**ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA KORIŠTENJE DOPUSTA ILI RADA S POLOVICOM PUNOG RADNOG VREMENA RADI NJEGE DJETETA S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Podaci o djetetu |  |
| Ime i prezime djeteta |  |
| Datum rođenja |  |
| OIB djeteta |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Molim priznavanje prava na: | Označiti (✓) |
| Dopust radi njege djeteta s teškoćama u razvoju |  |
| Rad s polovicom punog radnog vremena radi njege djeteta s teškoćama u razvoju |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Izjavljujem: | Označiti (✓) |
| Da je drugi roditelj zaposlen odnosno samozaposlen |  |
| Da drugi roditelj nije u mogućnosti zbog svog psihofizičkog stanja pružiti potrebnu njegu djetetu |  |
| Da sam samohrani/razvedeni roditelj koji živi sam s djetetom u zajedničkom kućanstvu |  |
| Da dijete nije stalno ili tjedno smješteno u ustanovi socijalne skrbi, zdravstva ili prosvjete, niti boravi u takvoj ustanovi svakodnevno duže od 8 sati |  |
| Da pravo želim koristiti nastavno na roditeljski dopust koji koristim do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Da pravo želim koristiti od dana izvršnosti, odnosno dostave ili preuzimanja rješenja\* |  |

\*Označiti kada se pravo želi koristiti nakon iskorištenog godišnjeg odmora koji se koristi nastavno na roditeljski dopust ili ako pravo želite koristiti neovisno o drugim pravima iz Zakona o rodiljnim i roditeljskim potporama.

Molim da mi se naknada plaće isplaćuje na tekući račun:

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

Uz zahtjev prilažem:

* Medicinsku dokumentaciju djeteta - preslika
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

(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.*