|  |
| --- |
|  |

(oznaka HZZO-a)

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

**ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA OČINSKI DOPUST / DOPUST DRUGOG POSVOJITELJA**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Molim priznavanje prava na: | Označiti (✓) |
| Očinski dopust u trajanju od 20 radnih dana (za jedno rođeno dijete)  |  |
| Očinski dopust u trajanju od 30 radnih dana (u slučaju rođenja blizanaca, trojki ili istovremenog rođenja više djece) |  |
| Dopust drugog posvojitelja u trajanju od 20 radnih dana (za jedno posvojeno dijete) |  |
| Dopust drugog posvojitelja u trajanju od 30 radnih dana (u slučaju posvojenja blizanaca ili istodobnog posvojenja dvoje ili više djece ili djeteta koje posvojenjem postaje treće ili svako sljedeće dijete u obitelji zaposlenog ili samozaposlenog posvojitelja ili posvojenja djeteta koje se prema propisima o vještačenju i metodologijama vještačenja smatra djetetom s teškoćama u razvoju) |  |

Traženo pravo koristit ću za dijete/djecu:

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

|  |
| --- |
| Datum početka korištenja prava\* |
|  |

\*Očinski dopust koristi se u neprekidnom trajanju, a može se iskoristiti do navršenih šest mjeseci života djeteta.

 Dopust drugog posvojitelja koristi se do isteka šest mjeseci od pravomoćnosti rješenja o posvojenju u neprekidnom trajanju.

Molim da mi se naknada plaće isplaćuje na tekući račun:

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

Uz zahtjev prilažem:

1. Potvrda o plaći – izvornik
2. Potvrda o osnovicama osiguranja – izvornik (samozaposleni)
3. Rješenje porezne uprave o visini osnovice za obračun doprinosa ili potvrda porezne uprave o plaćenim doprinosima, odnosno analitičke kartice za konta obveznog zdravstvenog osiguranja (samozaposleni)
4. Potvrda poslodavca o kalendaru radnog vremena (petodnevni ili šestodnevni radni tjedan, rad nedjeljom i/ili praznikom) – izvornik
5. Potvrda Hrvatskog zavoda za socijalni rad o pravomoćnosti rješenja o posvojenju

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.*