|  |
| --- |
|  |

(oznaka HZZO-a)

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

**ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA POSVOJITELJSKI / UDOMITELJSKI DOPUST\***

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

|  |  |
| --- | --- |
| Molim priznavanje prava na: | Označiti (✓) |
| Posvojiteljski dopust |  |
| Udomiteljski dopust |  |

Traženo pravo koristit ću za dijete/djecu:

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

\* Za zaposlene/samozaposlene korisnike.

|  |  |
| --- | --- |
| 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 plaće isplaćuje na tekući račun\*\*\*:

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

\*\*\* Popunjavaju samo korisnici posvojiteljskog dopusta.

Uz zahtjev prilažem:

1. Potvrda o plaći – izvornik (zaposleni posvojitelj)
2. Potvrda o osnovicama osiguranja – izvornik (samozaposleni posvojitelj)
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 posvojitelj)
4. Potvrda Hrvatskog zavoda za socijalni rad o pravomoćnosti rješenja o posvojenju
5. Potvrda o izvršnosti rješenja o priznavanju prava na smještaj djeteta

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.*