|  |
| --- |
|  |

(oznaka HZZO-a)

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

**ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA RODITELJSKI DOPUST / RAD S POLOVICOM PUNOG RADNOG VREMENA\***

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

|  |  |
| --- | --- |
| Molim priznavanje prava na: | Označiti (✓) |
| Roditeljski dopust |  |
| Roditeljski dopust kao rad s polovicom punog radnog vremena |  |

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 |
|  |  |

Uz zahtjev prilažem:

1. Pisana suglasnost poslodavca o iskazanoj namjeri zaposlenog roditelja iz članka 59. stavka 3. i članka 60. Zakona – izvornik\*\*\*
2. Potvrda o plaći – izvornik\*\*\*
3. Potvrda o osnovicama osiguranja – izvornik (samozaposleni)\*\*\*
4. 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) \*\*\*

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

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

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

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

 (mjesto) (datum)

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

 (potpis podnositelja zahtjeva)

\*\*\* U slučaju korištenja prava *nastavno* na rodiljni dopust **NIJE** potrebno prilagati navedenu dokumentaciju.

**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.*