|  |
| --- |
|  |

(oznaka HZZO-a)

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

**ZAHTJEV / IZJAVA O KORIŠTENJU PRAVA NA RODILJNI DOPUST \***

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

|  |
| --- |
| 1. Molim da mi se temeljem Izvješća o privremenoj nesposobnosti/spriječenosti za rad izvrši isplata naknade plaće za obvezni rodiljni dopust kojeg počinjem koristiti sa danom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |
| 1. Izjavljujem da ću nakon isteka obveznoga rodiljnog dopusta nastaviti s korištenjem rodiljnog dopusta od 71. dana nakon poroda do navršenih šest mjeseci života djeteta. |
| 1. Izjavljujem da ću u slučaju bilo kakvih promjena u načinu ili osobi korištenja prava na rodiljni dopust, a u odnosu na podatke dane u točki 2. ovoga zahtjeva/izjave, o istome pravodobno obavijestiti HZZO i podnijeti pisani zahtjev najkasnije u roku 15 dana prije dana u kojem će nastupiti promjena u korištenju prava. |

**Izjavljujem da sam suglasna da mi se naknada plaće za rodiljni dopust isplaćuje na tekući račun:**

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

\* Za zaposlene/samozaposlene korisnike.

Uz zahtjev prilažem:

1. Potvrda o plaći – izvornik (zaposleni)
2. Potvrda porezne uprave o plaćenim doprinosima, analitičke kartice za konta obveznoga zdravstvenog osiguranja (samozaposleni)
3. Izvješće o privremenoj nesposobnosti za rad – izvornik (ako Zavod istim ne raspolaže)

|  |
| --- |
| ***Ovaj zahtjev/izjava se popunjava u dva primjerka od kojih jedan primjerak zadržava osiguranica.***  Za korištenje prava na roditeljski dopust potrebno je nakon navršenih pet mjeseci života djeteta javiti se u HZZO te podnijeti zahtjev za roditeljski dopust/rad s polovicom radnog vremena koje pravo se može koristiti od navršenih šest mjeseci do osme godine života djeteta. |

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

(mjesto) (datum)

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

(potpis podnositelja zahtjeva)

Ispravnost podataka provjerio

i evidentirao M.P.

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

(potpis radnika Zavoda)

**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.*