**Ime i prezime: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**OIB: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** *(službena adresu iz osobne iskaznice)*

**Adresa elektroničke pošte (e-mail): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Broj telefona: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Broj mobitela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Na temelju Pravilnika o dodjeli novčane pomoći podnosim**

**ZAHTJEV**

**ZA DODJELU POMOĆI**

**Novčanu pomoć tražim po osnovi:**

**- nastanka III. ili IV. Stupnja invaliditeta maloljetnog uzdržavanog djeteta**

 **Zahtjevu prilažem:**

* **rješenje nadležnog tijela**
* **izvadak iz matice rođenih (za dijete) presliku osobne iskaznice**
* **IBAN tekućeg računa**

 U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(navesti mjesto) (datum)*

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

 *(potpis autoriziranog djelatnika HLK) (potpis podnositelja zahtjeva)*

*NAPOMENA:*

*Zahtjev za dodjelu jednokratne novčane pomoći podnosi se u roku od 12 mjeseci od donošenja rješenja nadležnog tijela.*