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

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

**Adresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** *(navesti službenu 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 bolesti** *(bolovanje bez prekida \_\_\_\_\_ mjeseci)*

**Zahtjevu prilažem:**

**potvrdu liječnika opće/obiteljske medicine o bolovanju**

**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 (rok od 12 mjeseci za podnošenje zamolbe počinje teći završetkom bolovanja, odnosno protekom prvih šest mjeseci kontinuiranog bolovanja)*