|  |
| --- |
|   HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA CROATIAN MEDICAL CHAMBERGrge Tuškana 37 • 10000 Zagreb • Hrvatska • TEL 01/4500 830 • e-mail: hlk@hlk.hr • www.hlk.hr**Ime i prezime: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **OIB: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Adresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**   **(navesti službenu adresu iz osobne iskaznice)**  **Adresa elektroničke pošte (e-mail): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Broj telefona: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Broj mobitela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Za maloljetno dijete: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** *(ime i prezime maloljetnog djeteta)***OIB maloljetnog djeteta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Na temelju Pravilnika o dodjeli novčane pomoći podnosim**  **ZAHTJEV ZA DODJELU** **POMOĆI**  **Status podnositelja zahtjeva** *(odabrati)***:**  * **Bračni drug preminulog člana Komore**
* **Uzdržavani roditelji ili jedini roditelj preminulog člana Komore**
* **Punoljetno dijete na redovitom školovanju**
* **Roditelj/staratelj maloljetnog djeteta preminulog člana Komore**

**Ispunjava podnositelj zahtjeva sa statusom: bračni drug, uzdržavani roditelj, punoljetno dijete na redovitom školovanju ili roditelj/staratelj maloljetnog djeteta preminulog člana Komore:**   **Ime i prezime preminulog člana Komore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****OIB preminulog člana Komore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Novčanu pomoć tražim po osnovi:**  **- smrt člana Komore** *(korisnici pomoći: bračni drug i uzdržavana djeca)* **Zahtjevu prilažem** *(odabrati)***:**  * **izvod iz matice umrlih**
* **izvod iz matice vjenčanih**
* **izvod iz matice rođenih (za dijete)**
* **dokaz o redovitom školovanju**
* **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 dana nastanka događaja.*   |