|  |
| --- |
|  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 podnositelja zahtjeva: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **OIB podnositelja zahtjeva: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **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)*:**  **Član Hrvatske liječničke komore**  **Roditelj/staratelj maloljetnog djeteta preminulog člana Komore**  **Ime i prezime preminulog člana Komore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****OIB preminulog člana Komore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Novčanu pomoć tražim po osnovi:**  **- novčana pomoć za maloljetno uzdržavano dijete / djecu (***bračno, izvanbračno, usvojeno***) do 26. godine života, uz dokaz o redovnom školovanju nakon navršene 18. godine djeteta****Zahtjevu prilažem:**  * + **smrtni list/izvod iz matice umrlih**
	+ **izvod iz matice rođenih** *(za dijete)*
	+ **pravomoćna odluka o posvojenju**
	+ **presliku osobne iskaznice**
	+ **IBAN tekućeg računa**
	+ **Potvrda o redovnom školovanju nakon 18. godine života djeteta**

 U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(navesti mjesto) (datum)*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(potpis autoriziranog djelatnika HLK)*  *(potpis podnositelja zahtjeva)*  *NAPOMENA:*  *Zahtjev za dodjelu mjesečne novčane pomoći za maloljetno uzdržavano dijete može se podnijeti za cijelo vrijeme trajanja prava na novčanu pomoć.*  |