|  |
| --- |
| HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA  CROATIAN MEDICAL CHAMBER  Grge 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)*:**  **Punoljetno dijete na redovnom školovanju**  **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 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.* |