**VARAŽDINSKA ŽUPANIJA**

**Upravni odjel za zdravstvo, socijalnu skrb,**

**civilno društvo i hrvatske branitelje**

**ZAHTJEV ZA UTVRĐIVANJE NOVOG POSTOTKA OŠTEĆENJA ORGANIZMA**

**HRVATSKOG RATNOG VOJNOG INVALIDA IZ DOMOVINSKOG RATA**

IME I PREZIME, IME OCA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATUM I MJESTO ROĐENJA, OIB: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

DRŽAVLJANSTVO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PREBIVALIŠTE i BROJ TELEFONA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

PRIPADNIK MORH-a/MUP-a i RAZDOBLJE PRIPADNOSTI:

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

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

RANJAVANJE- OZLJEDA- ZATOČENJE za koje tražim priznavanje statusa HRVI *(zaokružiti)*

PRIPADNOST POSTROJBI, VRIJEME, MJESTO I OKOLNOSTI STRADAVANJA:

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

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

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

DIO TIJELA U KOJI JE RANJEN/OZLJEĐEN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**POGORŠANJE BOLESTI** za koju tražim ponovnu ocjenu postotka oštećenja:

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

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

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

ZDRAVSTVENA USTANOVA U KOJOJ JE SPROVEDENO LIJEČENJE:

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

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

NAPOMENA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**IZJAVA O SUGLASNOSTI**

Upoznat-a sam da se, sukladno čl. 6. st. 1., čl. 7. st. 1. i čl. 9. st. 1. i 2. Zakona o zaštiti osobnih podataka („Narodne novine“, broj: 103/03., 118/06. i 41/08.) moji osobni podaci kao podnositelja zahtjeva za priznavanje statusa hrvatskog ratnog vojnog invalida iz Domovinskog rata i prava koja proizlaze iz tog statusa, temeljem Zakona o pravima hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji („Narodne novine“, broj: 103/03., 118/06. i 41/08.) prikupljaju isključivo u svrhu ostvarivanja traženog prava te da se u druge svrhe neće koristiti. Također sam informiran-a o identitetu voditelja zbirke. Dobrovoljno dajem svoje osobne podatke i privolu u smislu prikupljanja i obrade istih u navedenu svrhu.

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ godine.

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

(potpis podnositelja zahtjeva)

POTREBNA DOKUMENTACIJA:

\* preslik osobne iskaznice

\* potvrda o okolnostima stradavanja koju je izdala nadležna postrojba Oružanih snaga RH,

nadležno tijelo ministarstva nadležnog za obranu, policijska uprava ministarstva nadležnog

za unutarnje poslove odnosno ministarstvo nadležno za unutarnje poslove u sjedištu u kojoj

se navodi pripadnost postrojbi, vrijeme, mjesto i opis uzroka i okolnosti stradavanja,

\* opis ratnog puta, odnosno prikaz ratnih zadataka koje je hrvatski branitelj iz Domovinskog

rata izvršavao u obrani suvereniteta RH

\* medicinska dokumentacija o liječenju nakon ranjavanja ili ozljede koju je izdala zdravstvena

ustanova, liječnička ordinacija i načelnik ratnog saniteta postrojbe iz vremena nakon

ranjavanja ili ozljede, u kontinuitetu do podnošenja zahtjeva (*preslici i originali na uvid*)

\* medicinska dokumentacija za bolest ili pogoršanje bolesti koju je izdala zdravstvena

ustanova, liječnička ordinacija ili načelnik ratnog saniteta postrojbe u kojoj se navodi

anamneza, dijagnoza i terapija za hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata, u kontinuitetu od

pojave bolesti do podnošenja zahtjeva (*preslici i originali na uvid*)

\* potvrda o zatočenju u neprijateljskom logoru, zatvoru ili u drugom neprijateljskom objektu

\* dokaz o radno-pravnom odnosu (za umirovljenike: rješenje o mirovini, za zaposlene: potvrda o radnom odnosu, za nezaposlene: uvjerenje Hrvatskog zavoda za zapošljavanje i potvrda Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje o neprimanju mirovine i naknade plaće)

**Napomena:**

*\* svi specijalistički nalazi moraju biti propisno ovjereni pečatom ustanove koja je izdala nalaz*

*i faksimilom liječnika koji mora sadržavati broj i potpis liječnika*