

**KRAPINSKO – ZAGORSKA ŽUPANIJA**  
**Upravni odjel za zdravstvo, socijalnu skrb udruge i mlade**

Magistratska 1  
49 000 KRAPINA

Telefon: 049/329-078  
Fax: 049/329-079

U \_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_ 2014.

**ZAHTJEV ZA JEDNOKRATNU NOVČANU POMOĆ**  
**ZBOG IZUZETNO TEŠKIH ŽIVOTNIH PRILIKA**

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

Adresa prebivališta: \_\_\_\_\_

Adresa trenutnog boravišta: \_\_\_\_\_

TELEFON: \_\_\_\_\_

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

JMBG: \_\_\_\_\_

Tekući račun IBAN broj: HR \_\_\_\_\_, otvoren  
kod \_\_\_\_\_ banke (NAPOMENA: odobrene JNP isplaćuju se isključivo na  
tekući račun podnositelja zahtjeva).

Da li ste korisnik prava u centru za socijalnu skrb ili općini/gradu?

A) Ne

B) Da

Kojih i u kojem iznosu: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Zahtjevu prilažem (molimo zaokružiti):

1. Preslika osobne iskaznice
2. Dokaz o ostvarenim primanjima svih članova domaćinstva u zadnja tri mjeseca prije podnošenja zahtjeva u originalu (plaća, mirovina, rođiljna/roditeljska naknada)
3. Uvjerenje Zavoda za zapošljavanje o nezaposlenosti ili potvrdu Zavoda za mirovinsko osiguranje o ostvarenom stažu osiguranja
3. Preslika liječničke dokumentacije
4. Potvrda MUP-a o obavljenom očevidu i zaključak/odluku/rješenje jedinice lokalne samouprave u slučaju više sile
5. Druga dokumentacija (navesti koja):

---

---

---

---

## Izjavljujem

pod materijalnom i kaznenom odgovornošću da moje obiteljsko domaćinstvo čine sljedeći članovi:

	IME I PREZIME ČLANOVA DOMAĆINSTVA	SRODSTVO	DATUM ROĐENJA	ZANIMANJE	OSTVARUJE LI PRIHOD, KOLIKI I S KOJE OSNOVE
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

### NAPOMENA!

Ovu izjavu dajem u svrhu priloga zahtjevu za jednokratnu novčanu pomoć zbog teških životnih prilika i suglasan/a sam da kontrolu upisanih podataka može izvršiti nadležno tijelo.

\_\_\_\_\_  
potpis podnositelja