
(ime i prezime)

(adresa stanovanja)

(telefon)

U _____, dana _____

KRAPINSKO-ZAGORSKA ŽUPANIJA
Upravni odjel za zdravstvo, socijalnu politiku,
branitelje, civilno društvo i mlade

ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA OBVEZNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE
na teret sredstava Proračuna RH kao osobi nesposobnoj za rad bez sredstava za uzdržavanje

Molim Naslov da mi po provedenom postupku prizna pravo na obvezno zdravstveno osiguranje kao osobi kojoj se zdravstvena zaštita ne osigurava po drugoj osnovi sukladno čl. 15. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju.

Rođen-a sam _____ u _____ od oca _____ i
majke _____, OIB: _____ te sam prijavljenog prebivališta/stalnog boravka u

U zajedničkom kućanstvu živim _____

Uzdržavam se od _____

i nemam vrednije imovine od koje bih ostvario/la sredstava za uzdržavanje.

Obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugom osnovu jer sam _____
_____ i nemam drugih članova obitelji preko kojih bi mogao/la ostvariti ovo pravo.

Obvezno zdravstveno osiguranje mi je neophodno zbog nesposobnosti za samostalan rad jer sam _____

Ukoliko je potrebno provesti postupak utvrđivanja nesposobnosti za samostalan rad, suglasan/a sam da me se uputi na Prvostupanjsko tijelo vještačenja radi utvrđivanja istog.

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 (NN br. 103/03, 118/06, 41/08, 130/11, 106/12), moji osobni podaci kao podnositelja zahtjeva za priznavanje prava na obvezno zdravstveno osiguranje temeljem Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju i podaci članova mog kućanstva, 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 podatke članova svoga kućanstva, te privolu u smislu prikupljanja i obrade istih u navedenu svrhu.

(potpis podnositelja zahtjeva)