**Obrazac broj 1.**

**ZAMOLBA ZA KORIŠTENJE USLUGA DOMA HRVATSKIH VETERANA**

**KROZ PROGRAM SMJEŠTAJA**

|  |
| --- |
| 1.OSOBNI PODACI O KORISNIKU: |
| IME I PREZIME:  |  |
| ADRESA PREBIVALIŠTA:  | MJESTO: | POŠTANSKIBROJ: | ULICA I KUĆNI BROJ: |
|  |  |  |
| MJESTO I DRŽAVA ROĐENJA:  |  |
| DATUM ROĐENJA:  |  |
| OIB:  |  |
| BROJ TELEFONA ILI MOBITELA |  |
| E-MAIL: |  |
| 2. STATUS PODNOSITELJA ZAMOLBE (zaokružiti): |
| 1. HRVI iz Domovinskog rata ­­­\_\_\_\_\_\_\_%
2. član obitelji smrtno stradalog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ime i prezime hrvatskog branitelja)
3. član obitelji nestalog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ime i prezime hrvatskog branitelja)
4. hrvatski branitelj iz Domovinskog rata koji je u obrani suvereniteta Republike Hrvatske sudjelovao najmanje 100 dana u borbenom sektoru
5. član obitelji umrlog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ime i prezime hrvatskog branitelja) koji je u obrani suvereniteta Republike Hrvatske sudjelovao najmanje 100 dana u borbenom sektoru
6. član obitelji hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ime i prezime hrvatskog branitelja) koji je u obrani suvereniteta Republike Hrvatske sudjelovao najmanje 100 dana u borbenom sektoru
7. osoba stradala u obavljanju vojnih i redarstvenih dužnosti u stranoj zemlji u okviru mirovnih snaga i mirovnih misija
8. stradali pirotehničar
9. član obitelji stradalog pirotehničara \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ime i prezime pirotehničara)
10. civilni invalid iz Domovinskog rata
11. član obitelji poginule, nestale i umrle civilne osobe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ime i prezime osobe) iz Domovinskog rata.
 |
| 3.OSTALI PODACI: |
| BRAČNI STATUS (zaokruži) | a) oženjen/udata | b) neoženjen/neudata | c) udovac/udovica |
| d) razveden/a | d) izvanbračna zajednica |
| RADNI STATUS (zaokruži) | a) učenik/student  | b) nezaposlen/a  | c) zaposlen/a |
| d) samostalna djelatnost/obrtnik/ca  | e) umirovljenik/ca  | f) nešto drugo |
| ČLANOVI KUĆANSTVA I SRODSTVO (napisati)  |  |
| KORIŠTENJE LIJEKOVA (zaokruži)  | 1. svakodnevno
 | 1. po potrebi
 |
| Ako je podnositelj zahtjeva HRVI 100% I. skupine, hoće li usluge Doma hrvatskih veterana kroz stručni program koristiti i njegovatelj[[1]](#footnote-1) | Da | Ne |
| Ako je podnositelj zahtjeva hrvatski branitelj, podnosi li istovremeno zahtjev za korištenje usluga Doma hrvatskih veterana i član njegove obitelji[[2]](#footnote-2) | Da | Ne |

***IZJAVA O SUGLASNOSTI ZA PRIKUPLJANJE OSOBNIH PODATAKA***

*Upoznat/a sam da se, sukladno Zakonu o provedbi Opće uredbe o zaštiti osobnih podataka (NN, br. 42/18) i UREDBOM (EU) 2016/679 EUROPSKOG PARLAMENTA I VIJEĆA od 27. travnja 2016. zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka moji osobni podaci kao podnositelja zamolbe za priznavanje prava na korištenje usluga Doma hrvatskih veterana prikupljaju isključivo u svrhu ostvarivanja traženog prava i u svrhu unaprjeđivanja rada ustanove te da se u druge svrhe neće koristiti. Također sam informiran o identitetu voditelja zbirke. Dobrovoljno dajem svoje osobne podatke te privolu u smislu prikupljanja i obrade istih u navedenu svrhu. Upoznat/-a sam s činjenicom da danu privolu mogu u svakom trenutku povući i da mogu uložiti prigovor na način obrade osobnih podataka te da mogu zatražiti informacije o načinu obrade osobnih podataka.*

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Potpis

Prilažem:

1. presliku osobne iskaznice
2. potvrdu o zdravstvenom stanju od liječnika obiteljske medicine na kojoj se nalazi popis dijagnoza s MKB kodom i nazivom dijagnoza i
3. medicinsku dokumentaciju koju posjedujem
1. Potrebno posebno popuniti zamolbu [↑](#footnote-ref-1)
2. Potrebno posebno popuniti zamolbu [↑](#footnote-ref-2)