zaklada
hrvatskih branitelja
iz Domovinskog rata
i članova njihovih obitelji
10000 Zagreb, Park Stara Trešnjevka 4

ZAHTJEV
ZA FINANCIJSKU POMOĆ ZA SKRB I LIJEČENJE

Članak 9. Pravilnika o uvjetima i postupku za dodjelu sredstava za ostvarivanje svrhe Zaklade hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji

1.) OBRAZLOŽENJE PODNOSITELJA ZAHTJEVA

Ukratko obrazložite/opišite razloge podnošenja zahtjeva za financijsku pomoć:

2.) POSEBNI UVJETI ZA DODJELU FINANCIJSKE POMOĆI *

Pomoć tražite za: a) osobno liječenje ili b) liječenje člana obitelji		
Dijagnoza oboljenja *(iz medicinske dokumentacije)*		
Liječenje zahtjeva nabavu lijekova i korištenje liječničkih usluga izvan opsega obveznog zdravstvenog osiguranja	DA	NE
Liječenje nužno izvan Republike Hrvatske – gdje *(navesti mjesto i ustanovu)*		
Troškovi liječenje ili u direktnoj vezi s liječenjem koje ne pokriva HZZO *(navesti)*		

*** <u>sve navedene podatke obvezno dokumentirati propisanim dokazima</u>**

Za istinitost i točnost navedenih podataka i dostavljenu dokumentaciju snosim materijalnu i kaznenu odgovornost, te se obvezujem da ću o svakoj promjeni odmah izvijestiti Zakladu hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji.

U _____ , _____ 201__.
mjesto *datum*

_____
potpis podnositelja Zahtjeva