



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

I.) 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 (<i>iz medicinske dokumentacije</i>)		
Liječenje zahtjeva nabavu lijekova i korištenje liječničkih usluga izvan opsega obveznog zdravstvenog osiguranja	DA	NE
Liječenje nužno izvan Republike Hrvatske – gdje (<i>navesti mjesto i ustanovu</i>)		
Troškovi liječenje ili u direktnoj vezi s liječenjem koje ne pokriva HZZO (<i>navesti</i>)		

*** sve navedene podatke obvezno dokumentirati propisanim dokazima**

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 _____, _____ 202_.

mjesto

datum

potpis podnositelja Zahtjeva