# ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE STATUSA HRVATSKOG RATNOG VOJNOG

**INVALIDA DOMOVINSKOG RATA**

## IME – IME OCA – PREZIME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*JMBG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ OIB\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*MJESTO ROĐENJA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*DRŽAVLJANSTVO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*PREBIVALIŠTE, TELEFON \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**U DOMOVINSKOM RATU BIO PRIPADNIK ORUŽANIH SNAGA RH:**

*-ZNG\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*-HRVATSKE VOJSKE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*-MINISTARSTVA OBRANE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*-POLICIJE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*-MINISTARSTVA UNUTARNJIH POSLOVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*-HRVATSKIH OBRAMBENIH SNAGA(HOS)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*-NAORUŽANIH ODREDA NARODNE ZAŠTITE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

I.**RANJAVANJE ILI OZLJEDA**

*DATUM RANJAVANJA ILI OZLJEĐIVANJA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*MJESTO RANJAVANJA ILI OZLJEĐIVANJA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*KOJI DIO TIJELA JE RANJEN ILI OZLJEĐEN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*OPIS UZROKA I OKOLNOSTI RANJAVANJA ILI OZLJEĐIVANJA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*U VRIJEME RANJAVANJA ILI OZLJEĐIVANJA BIO PRIPADNIK OSRH:*

*-( navesti postrojbu)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*-ZDRAVSTVENA USTANOVA GDJE JE LIJEČEN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

II. **BOLEST, POGORŠANJE BOLESTI ODNOSNO POJAVA BOLESTI KAO**

**NEPOSREDNA POSLJEDICA SUDJELOVANJA U OBRANI**

**SUVERENITETA RH**

## ZA KOJU BOLEST TRAŽI PRIZNAVANJE STATUSA HRVI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*KADA JE BOLEST NASTALA ILI SE POGORŠALA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*POD KOJIM OKOLNOSTIMA JE BOLEST NASTALA ILI SE POGORŠALA \_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*ZDRAVSTVENA USTANOVA GDJE JE LIJEČEN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

III. **DATUM ZATOČENJA I OTPUŠTANJA IZ NEPRIJATELJSKOG LOGORA**

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*NAZIV LOGORA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*DA LI JE VEĆ OSTVAREN STATUS INVALIDA I AKO JE POD KOJIM OKOLNOSTIMA JE ZADOBIVENO OŠTEĆENJE ORGANIZMA:*

## -U OBRANI SUVERENITETA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*-NA ODSLUŽENJU OBVEZNOG VOJNOG ROKA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*-MVI U VEZI S RATNIM DOGAĐAJEM\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*-CIVILNI INVALID RATA (CIR)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*-U NOR-u \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*DA LI JE SUDSKI KAŽNJAVAN* ***DA NE***

*DA LI JE OSTVARIO DOPLATAK ZA NJEGU I POMOĆ DRUGE OSOBE PO DRUGIM PROPISIMA* ***DA NE***

*DA LI JE OSTVARIO NOVČANU NAKNADU ZA TJELESNO OŠTEĆENJE PO PROPISIMA O MIROVINSKOM I INVALIDSKOM OSIGURANJU* ***DA NE***

*U Sisku \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*potpis*

**HRVI**

*-PRESLIK OSOBNE ISKAZNICE*

*-PRESLIK MEDICINSKE DOKUMENTACIJE O LIJEČENJU NAKON*

*RANJAVANJA ILI OZLJEDE PA DO PODNOŠENJA ZAHTJEVA*

*-PRESLIK MEDICINSKE DOKUMENTACIJE O LIJEČENJU BOLESTI*

*-LIJEČNIČKI KARTON- Kopirati i ovjeriti od strane izabranog liječnika*

**NAPOMENA:** PRILIKOM PREDAJE NAVEDENIH PRESLIKA DOKUMENATA

PONIJETI I **IZVORNIKE** ISTIH DOKUMENATA RADI OVJERE.

IZVORNICI SE NAKON OVJERE PRESLIKA, VRAĆAJU STRANCI

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*IME I PREZIME (IME OCA)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*JMBG/OIB*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*ADRESA PREBIVALIŠTA*

### SISAČKO-MOSLAVAČKA ŽUPANIJA

### UPRAVNI ODJEL ZA ZDRAVSTVO, SOCIJALNU SKRB

### I HRVATSKE BRANITELJE

ODSJEK ZA SOCIJALNU SKRB I HRVATSKE BRANITELJE

*Predmet: ISPLATA TRAJNIH PRAVA*

*PREKO BANKE*

*Molim da mi se \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(osobna invalidnina kao HRVI, MVI, obiteljska invalidnina ,naknada za*

*nezaposlene)*

*isplaćuje preko \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ banke,*

*(naziv banke)*

*na broj tekućeg računa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.*

*Sisak, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*potpis*