

PREDMET: _____
(ime i prezime roditelja – podnositelja zahtjeva)

(adresa i mobitel / telefon)

ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA OBITELJSKU INVALIDNINU IZA SMRTI HRVI IZ DOMOVINSKOG RATA I - IV SKUPINE KOJI JE DO SMRTI KORISTIO DOPLATAK ZA NJEGU I POMOĆ DRUGE OSOBE PO ODREDBAMA ZHBDR

Moj – naš sin _____, hrvatski ratni vojni invalid iz Domovinskog rata _____ oštećenja organizma _____ skupine, s priznatim pravom na doplatu za njegu i pomoć po odredbama Zakona o hrvatskim braniteljima iz Domovinskog rata i članovima njihovih obitelji: DA - NE, umro je dana _____, bez članova uže obitelji, kao moje - naše jedino dijete.

1. MAJKA:

Ime, prezime: _____

Datum i mjesto rođenja: _____

JMBG: _____, OIB: _____

2. OTAC:

Ime, prezime: _____

Datum i mjesto rođenja: _____

JMBG: _____, OIB: _____

Uz zahtjev prilažen(o):

- osobnu iskaznicu
- izjavu na zapisnik, potvrđenu od dva svjedoka, da moj – naš sin nije imao bračnog ili izvanbračnog druga i da nije imao djece, odnosno da nije imao uže obitelji čiji članovi mogu koristiti pravo na obiteljsku invalidninu iza njegove smrti
- izjavu na zapisnik, potvrđenu od dva svjedoka, da je _____ bio moje – naše jedino dijete.

