PODNOSITELJ ZAHTJEVA:

 GRAD DRNIŠ

Ime i prezime: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Upravni odjel za gospodarstvo,

 financije i društvene djelatnosti

Adresa stanovanja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Trg kralja Tomislava 1

Tel./mob: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **ZAHTJEV ZA DODJELU JEDNOKRATNE NOVČANE POMOĆI ZA TROŠKOVE LIJEČENJA**  |

Molim da mi se temeljem članka 5. točke 4. Socijalnog programu Grada Drniša za 2024. godinu („Službeni glasnik Grada Drniša“ broj 5/23) prizna pravo na jednokratnu novčanu pomoć za podmirenje:

1. troškova liječenja

ZAJEDNIČKI ČLANOVI DOMAĆINSTVA:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Red. broj | Ime i prezime | OIB | Srodstvo | Radni status |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |

**U privitku dostavljam**:

 1. Potvrda Hrvatskog zavoda za socijalni rad - Područni ured Drniš, o korištenju stalne pomoći - ZMN;

 2. Presliku liječničke dokumentacije.

Za istinitost i točnost navedenih podataka snosim materijalnu i kaznenu odgovornost.

Sukladno članku 6. stavak 1. točka a UREDBE (EU 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća) suglasan/na sam da Grad Drniš, Upravni odjel za gospodarstvo, financije i društvene djelatnosti prikuplja i obrađuje gore navedene podatke i prosljeđuje ih trećoj strani u svrhu priznavanja traženoga prava iz Socijalnog programa Grada Drniša za 2024. godinu („Službeni glasnik Grada Drniša“ broj 5/23).

Drniš, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 potpis podnositelja zahtjeva