



ZAHTJEV ZA SUFINANCIRANJE MEDICINSKIH POMAGALA I OPREME

Općina Kršan, Blaškovići 12, Kršan

(Prijemni štambilj iz informacijskog sustava pisarnice Općine Kršan –
samo za fizičke predmete)

Datum zaprimanja _____

PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA

Ime i prezime	
Adresa prebivališta	
OIB	
E-pošta	
Telefon/mobitel	

PODACI TEKUĆEM RAČUNU

Broj tekućeg računa (IBAN)	
Naziv banke	
Vlasnik računa	

Molim naslov da mi temeljem čl. 28. Odluke o socijalnoj skrbi ("Službeno glasilo Općine Kršan" broj 13/22, 14/22, 03/23), odobri pravo na sufinanciranje medicinskih pomagala i opreme, zbog trenutnih okolnosti.

OBRAZLOŽENJE:

Pod kaznenom i materijalnom odgovornošću izjavljujem da su dostavljeni podaci istiniti.

Mjesto i datum: _____

Vlastoručni potpis:

IZJAVA ISPITANIKA O PRIVOLI

U skladu s čl. 6. i čl. 7. Uredbe EU 2016/679 daje se privolu za obradu osobnih podataka, u svrhu ostvarenja prava na jednokratnu pomoć, prema predloženom obrascu gdje je voditelj obrade Općine Kršan.

Mjesto i datum: _____

Vlastoručni potpis:

IZRIČITI PRISTANAK ZA DOSTAVU E-POŠTOM

Molim da mi se da mi se sukladno članku 94. stavku 1. Zakona o općem upravnom postupku („Narodne novine“ broj 47/09, 110/21) upravni akt, podnesci ili drugo povodom podnesenog zahtjeva ovom upravnom tijelu dostavi na adresu elektroničke pošte _____.

Mjesto i datum: _____

Vlastoručni potpis:

U privitku se dostavlja (zaokružiti):

1. **Uvjerenje o prebivalištu** podnositelja zahtjeva (preuzima se po službenoj dužnosti),
2. **Dokaz** o razlozima podnošenja zahtjeva (npr. ugovor),
3. **Preslika računa** korištenja medicinskih pomagala ili opreme,
4. **Rješenje** Hrvatskog zavoda za socijalni rad,
5. **Privola** podnositelja zahtjeva.