

(ime i prezime podnositelja zahtjeva)

(prebivalište/boravište)

OIB:

(telefon, mobitel)

**Podaci o skrbniku:**

(ime i prezime)

(prebivalište)

OIB:

**GRADSKI URED ZA SOCIJALNU ZAŠTITU,  
ZDRAVSTVO, BRANITELJE  
I OSOBE S INVALIDITETOM  
Odjel za socijalnu skrb  
Zagreb, Nova cesta 1**

**ZAHTJEV ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA  
BESPLATNU GODIŠNJU POKAZNU KARTU ZET-a**

Molim da mi se prizna pravo na besplatnu godišnju pokaznu kartu ZET-a.

Podnositelj zahtjeva dobrovoljno daje podatke u svrhu ostvarivanja prava na besplatnu godišnju pokaznu kartu ZET-a

Isti će se obrađivati i čuvati u svrhu u koju su prikupljeni, u statističke svrhe te za razvoj socijalnih usluga općenito te se u druge svrhe neće upotrebljavati.

**POPIS DOKUMENATA POTREBNIH ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA BESPLATNU GODIŠNJU POKAZNU KARTU ZET-a, KOJE JE POTREBNO PRILOŽITI UZ OVAJ ZAHTJEV:**

1. Domovnica ili osobna iskaznica ili putovnica za podnositelja zahtjeva (preslika)
2. Uvjerenje o prebivalištu za podnositelja zahtjeva (preslika)
3. Dokaz o zadnjoj uplati mirovine (zadnja obavijest o mirovinskim primanjima, promet po deviznom računu za zadnjih mjesec dana s vidljivom uplatom inozemne mirovine-preslika)
4. Potvrda Porezne uprave o visini dohotka i primitaka (preslika)
5. Dokaz o ostvarenom pravu na zajamčenu minimalnu naknadu (preslika)

6. Dokaz o priznavanju prava na status roditelja njegovatelja ili status njegovatelja (preslika rješenja)
7. Dokaz o zadnjoj isplati naknade roditelju njegovatelju odnosno njegovatelju (preslika)
8. Potvrda HZMO, Tvrtkova 5, da nije korisnik hrvatske mirovine (ukoliko podnositelj zahtjeva ostvaruje pravo samo na inozemnu mirovinu- preslika)
9. Potvrda HZMO, Tvrtkova 5, da nije korisnik inozemne mirovine (ukoliko postoji inozemni staž, po osnovi kojeg nije ostvarena mirovina-preslika)
10. Ostali dokumenti ovisno o okolnostima

U slučaju uskrate bilo kojeg podatka potrebnog za ostvarivanje prava, zahtjev se neće moći riješiti.

Obaviješten sam da sam dužan svaku promjenu činjenica koje utječu na ostvarivanje prava na pomoć prijaviti Gradskom uredu za socijalnu zaštitu, zdravstvo, branitelje i osobe s invaliditetom u roku od 15 dana od dana nastanka promjene.

Obaviješten sam da imam pravo na pristup svojim podacima i pravo na ispravak podataka koji se na mene odnose.

Suglasan sam da će, sukladno Odluci o socijalnoj skrbi, Gradski ured za socijalnu zaštitu, zdravstvo, branitelje i osobe s invaliditetom preispitivati postojanje svih traženih uvjeta za korištenje prava na pomoć.

Pod kaznenom i materijalnom odgovornošću jamčim da su svi podaci koji se navode točni i istiniti.

Uputa o pravima ispitanika sastavni je dio ovog zahtjeva i nalazi se u prilogu istog.

U Zagrebu,

---

(Potpis podnositelja zahtjeva/skrbnika )

**Prilog:**

Uputa o pravima ispitanika