|  |
| --- |
|  |
| (ime i prezime podnositelja zahtjeva) |
|  |
| adresa |
| (OIB) |

 **VARAŽDINSKA ŽUPANIJA**

**Upravni odjel za zdravstvo, socijalnu skrb, civilno društvo i hrvatske branitelje**

**ZAHTJEV ZA OBUSTAVOM ISPLATE OSOBNE INVALIDNE**

**kao priznatom HRVI iz Domovinskog rata**

|  |
| --- |
| ***OSOBNI PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA:*** |
| IME I PREZIME:  |  |
| ADRESA PREBIVALIŠTA: |  |
| MJESTO I DRŽAVA ROĐENJA: |  |
| DATUM ROĐENJA:  |  |
| OIB/MB: |  |
| BROJ TELEFONA:  |  | BROJ MOBITELA: |  |
| Ime i prezime, prebivalište, broj telefona korisnikova opunomoćenika / zakonskog zastupnika / skrbnika (ako on podnosi zahtjev)  |
|  |
| (ime i prezime, adresa prebivališta, broj telefona) |

Priznati sam hrvatski ratni vojni invalid \_\_\_\_\_\_\_\_ skupine sa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_% oštećenja organizma.

Kod Hrvatskog zavoda za socijalni rad (HZSR), dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ godine podnio sam zahtjev za priznavanjem prava na inkluzivni dodatak iz sustava socijalne skrbi.

Obzirom da me je HZSR obavijestio da ispunjavam sve uvjete za priznavanjem prava na inkluzivni dodatak, a koje pravo će mi biti povoljnije od osobne invalidnine koju ostvarujem kao priznati HRVI, molim da mi se osobna invalidnina obustavi sa zadnjim danom u mjesecu koji prethodi mjesecu u kojem sam podnio zahtjev za inkluzivni dodatak, odnosno s \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ godine.

**Upoznat sam da sam dužan izvršiti povrat nepripadno primljenih svota osobne invalidnine HRVI-a.**

Ukoliko mi pravo na inkluzivni dodatak bude prestalo upoznat sam da mogu zahtjevom zatražiti ponovnu uspostavu isplate osobne invalidnine kao priznati HRVI.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| U  |  | , dana |  |  |  |

 (potpis podnositelja zahtjeva)

**Zahtjevu prilažem:**

1. presliku osobne iskaznice
2. preslika nalaza i mišljenja ZOSI ili zapisnika HZSR