



HRVATSKA KOMORA ZDRAVSTVENIH RADNIKA

P.P. 191, 10 000 Zagreb ♦ Fax: +385 1 7980 350 ♦ E-mail: hkzr@hkzr.hr ♦ URL: www.hkzr.hr ♦ OIB: 06195840134

STRUKOVNI RAZRED ZA ZDRAVSTVENU RADIOLOŠKO - TEHNOLOŠKU DJELATNOST
HRVATSKE KOMORE ZDRAVSTVENIH RADNIKA

ZAHTJEV ZA DODJELU NOVČANE POMOĆI

Ime i prezime: _____

Adresa: _____
(navesti službenu adresu iz osobne iskaznice)

OIB: _____

Članski broj: _____

Adresa elektroničke pošte (e-mail): _____

Broj telefona: _____

Broj mobitela: _____

IBAN računa: _____

Na temelju **Pravilnika o dodjeli novčane pomoći** Strukovnog razreda za zdravstvenu radiološko - tehnološku djelatnost Hrvatske komore zdravstvenih radnika podnosim **ZAHTJEV ZA DODJELU POMOĆI**.

Novčanu pomoć tražim po osnovi:
(zaokružiti jednu stavku)

Zahtjevu prilažem:
(obavezna dokumentacija)

1.) nastanka tjelesnog oštećenja u postotku većem od 80%	<ul style="list-style-type: none">• preslika osobne iskaznice• preslika IBAN žiro računa• rješenje nadležnog tijela kojim dokazuje osnovu za dodjelu novčane pomoći, ne starijim od šest mjeseci
2.) nastanka teško bolesnog stanja (bolovanje bez prekida 6 i više mjeseci)	<ul style="list-style-type: none">• preslika osobne iskaznice• preslika IBAN žiro računa• potvrdu liječnika opće/obiteljske medicine o bolovanju• medicinsku dokumentaciju kojom se dokazuje osnova za dodjelu novčane



HRVATSKA KOMORA ZDRAVSTVENIH RADNIKA

P.P. 191, 10 000 Zagreb ♦ Fax: +385 1 7980 350 ♦ E-mail: hkzr@hkzr.hr ♦ URL: www.hkzr.hr ♦ OIB: 06195840134

	pomoći
3.) smrt bračnog druga ili maloljetnog uzdržavanog djeteta	<ul style="list-style-type: none">• preslika osobne iskaznice• preslika IBAN žiro računa• izvod iz matice umrlih• izvod iz matice vjenčanih• izvod iz matice rođenih (za dijete)
4.) rođenje djeteta	<ul style="list-style-type: none">• preslika osobne iskaznice• preslika IBAN žiro računa• rodni list ili izvod iz matice rođenih
5.) prirodne nepogode uslijed koje je član pretrpio oštećenja na nekretnini u kojoj boravi	<ul style="list-style-type: none">• preslika osobne iskaznice• preslika IBAN tekućeg računa• dokumentaciju kojom dokazuje da je pretrpio oštećenja na nekretnini u kojoj boravi

NAPOMENA: Zahtjev za dodjelu jednokratne novčane pomoći podnosi se u roku od 6 mjeseci od dana nastanka događaja.

Odobrene i isplaćene novčane pomoći će se sukladno članku 10. stavku 8. Zakona o pravu na pristup informacijama („Narodne novine“ broj: 25/13, 85/15) javno objaviti na internet stranici Strukovnog razreda za zdravstvenu radiološko - tehnološku djelatnost Hrvatske komore zdravstvenih radnika.

Podnositelj svojim potpisom potvrđuje da je upoznat s dužnosti Hrvatske komore zdravstvenih radnika da javno objavi odobrene i isplaćene novčane pomoći, uključujući popis korisnika i visinu iznosa.

U _____, _____
(navesti mjesto) (navesti datum)

(potpis podnositelja zahtjeva)