

LOKACIJA	a) Šibenik	a) Sinj	b) Petrinja	c) Daruvar
----------	------------	---------	-------------	------------

**ZAMOLBA ZA KORIŠTENJE USLUGA VETERANSKOG CENTRA
KROZ PROGRAM SMJEŠTAJA**

MJESEC	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
--------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----

1. OSOBNI PODACI O KORISNIKU:

IME I PREZIME:			
ADRESA PREBIVALIŠTA:	MJESTO:	POŠTANSKI BROJ:	ULICA I KUĆNI BROJ:
MJESTO I DRŽAVA ROĐENJA:			
DATUM ROĐENJA:			
OIB:			
BROJ TELEFONA ILI MOBITELA			
E-MAIL:			

2. STATUS PODNOSITELJA ZAMOLBE (zaokružiti):

- a) hrvatski ratni vojni invalidi iz Domovinskog rata _____ %
b) hrvatski branitelji iz Domovinskog rata
c) članovi uže i šire obitelji smrtno stradalog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata
članovi uže i šire obitelji nestalog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata članovi
uže i šire obitelji umrlih hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata
d) članovi uže i šire obitelji hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata
e) osobe stradale u obavljanju vojnih i redarstvenih dužnosti u stranoj zemlji u okviru
mirovnih snaga i mirovnih misija ako ih je na tu dužnost uputilo nadležno tijelo u
okviru međunarodnih obveza
f) pirotehničari u slučaju ozljede na radu ili profesionalne bolesti, koja je nastala kao
posljedica obavljanja njihova posla
g) članovi uže i šire obitelji pirotehničara poginulih pri obavljanju svog posla
h) vojne osobe koje su ranjene ili ozlijeđene u obavljanju službene zadaće u Oružanim
snagama
i) policijski službenik ranjen ili ozlijeđen pri obavljanju policijskog posla
j) članovi uže i šire obitelji vojne osobe koja pogine ili umre zbog rane ili ozljede koju
je zadobila u obavljanju službene zadaće u Oružanim snagama
k) članovi uže i šire obitelji policijskog službenika poginulog pri obavljanju policijskog
posla
l) strani veterani sukladno međunarodnim sporazumima

m) žrtve seksualnog nasilja za vrijeme oružane agresije na Republiku Hrvatsku u Domovinskom ratu			
n) civilni invalidi iz Domovinskog rata			
o) članovi obitelji civilne osobe poginule, umrle i nestale u Domovinskom ratu.			
p) ostale kategorije braniteljsko-stradalničke populacije			
3.OSTALI PODACI:			
BRAČNI STATUS (zaokruži)	a) oženjen/udata	b) neoženjen/neudata	c) udovac/udovica
	d) razveden/a	d) izvanbračna zajednica	
RADNI STATUS (zaokruži)	a) učenik/student	b) nezaposlen/a	c) zaposlen/a
	d) samostalna djelatnost/obrtnik/ca	e) umirovljenik/ca	f) nešto drugo
ČLANOVI KUĆANSTVA I SRODSTVO (napisati)			
KORIŠTENJE LIJEKOVA (zaokruži)	a) svakodnevno	b) po potrebi	

**IZJAVA O SUGLASNOSTI ZA PRIKUPLJANJE OSOBNIH PODATAKA I DOSTAVI
OBAVIJESTI O SLUČAJU PROMJENE ZDRAVSTVENOG STANJA**

Upoznat/a sam da se, sukladno Zakonu o provedbi Opće uredbe o zaštiti osobnih podataka (NN, br. 42/18) i UREDBOM (EU) 2016/679 EUROPSKOG PARLAMENTA I VIJEĆA od 27. travnja 2016. zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka moji osobni podaci kao podnositelja zamolbe za priznavanje prava na korištenje usluga Veteranskog centra prikupljaju isključivo u svrhu ostvarivanja traženog prava i u svrhu unaprjeđivanja rada ustanove te da se u druge svrhe neće koristiti. Također sam informiran o identitetu voditelja zbirke. Dobrovoljno dajem svoje osobne podatke te privolu u smislu prikupljanja i obrade istih u navedenu svrhu. Upoznat/-a sam s činjenicom da danu privolu mogu u svakom trenutku povući i da mogu uložiti prigovor na način obrade osobnih podataka te da mogu zatražiti informacije o načinu obrade osobnih podataka.

U slučaju odobrenog korištenja usluga Veteranskog centra kroz program boravka, obvezujem se dostaviti obavijest Veteranskom centru o promjeni zdravstvenog stanja za vrijeme trajanja korištenja usluga.

U _____, dana _____

Potpis

Prilažem:

- a) presliku osobne iskaznice
- b) potvrdu o zdravstvenom stanju od liječnika obiteljske medicine na kojoj se nalazi popis dijagnoza s MKB kodom i nazivom dijagnoza i
- c) medicinsku dokumentaciju koju posjedujem
- d) potvrda o statusu hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata

UZ ZAHTJEV ZA SMJEŠTAJ / BORAVAK SE PREDAJE:

- KOPIJA OSOBNE ISKAZNICE
- MEDICINSKA DOKUMENTACIJA ili
POTVRDA OBITELJSKOG LIJEČNIKA O
ZDRAVSTVENOM STANJU

Dokumentaciju uz zahtjev slati na:

VETERANSKI CENTAR

PARK STARA TREŠNJEVKA 4

10000 ZAGREB

Više informacija o postupku ishoda
smještaja/boravka ili uvjetima i načinu korištenja
možete pogledati na stranici:

<https://veteranskicentar.hr/>

- <https://veteranskicentar.hr/kako-postati-korisnik/>