



Općina
Podstrana

Splitsko-dalmatinska županija
Upravni odjel za javnu nabavu, gospodarstvo,
društvene djelatnosti i EU fondove

(IME I PREZIME PODNOSITELJA ZAHTJEVA)

(ADRESA)

(OIB)

(KONTAKT TEL./MOB.)

PREDMET: Zamolba za **JEDNOKRATNU POMOĆ** na temelju **ZDRAVSTVENOG UVJETA**

Podaci o osobi za koju se traži jednokratna pomoć (korisniku):

IME I PREZIME	OIB	Srodstvo sa podnositeljem	Tjelesna invalidnost/ intelektualna ili mentalna oštećenja	Postotak invaliditeta %

Korisnik koristi:

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Pomoć Centra za socijalnu skrb
(ako DA navesti koju) | DA | NE |
| 2. Invalidsku mirovinu | DA | NE |
| 3. Drugu vrstu pomoći
(ako DA navesti koju) | DA | NE |

Pored navedenog posebno ističem:

IZJAVA:

Za istinitost i točnost navedenih podataka snosim materijalnu i kaznenu odgovornost. Suglasan/a sam da Općina Podstrana, Upravni odjel za javnu nabavu, gospodarstvo, društvene djelatnosti i EU fondove prikuplja i obrađuje gore navedene osobne podatke i proslijeđuje ih trećoj strani u svrhu priznavanja traženog prava iz Odluke o socijalnoj skrbi („Službeni glasnik Općine Podstrana“, broj 08/2023).

Prilozi:

- Kopija osobne iskaznice
- Dokaz (rješenje) o tjelesnom invaliditetu (min 70%) ili medicinska dokumentacija koja dokazuje intelektualna ili mentalna oštećenja

U Podstrani, _____ godine.

Podnositelj zahtjeva