



Općina
Podstrana

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

(IME I PREZIME PODNOSITELJA ZAHTEVA)

(ADRESA)

(OIB)

(KONTAKT TEL./MOB.)

E-MAIL

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:

I Z J A V A:

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, obrađuje, objavljuje i proslijeđuje gore navedene osobne podatke i prateću dokumentaciju trećoj strani u svrhu priznavanja traženog prava iz Odluke o socijalnoj skrbi („Službeni glasnik Općine Podstrana“, broj 21/2025) te se u druge svrhe neće koristiti. Kao podnositelj/ica suglasan/a sam da, ukoliko potrebno, se javno objave moji osobni podatci u okviru objave rezultata dodjele. Suglasnost dajem dragovoljno te sam upoznat/a da ju mogu u svako doba povući sukladno Zakonom o zaštiti osobnih podataka i GDPR-om.

Prilozi:

- Dokaz/Potvrda o prebivalištu,
- Dokaz (rješenje) o tjelesnom invaliditetu (min 70%) ili medicinska dokumentacija koja dokazuje intelektualna ili mentalna oštećenja,
- Broj IBAN računa na koji će se izvršiti uplata.

U Podstrani, _____ godine.

Podnositelj zahtjeva