\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ime i prezime podnositelja zahtjeva)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Adresa podnositelja zahtjeva)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(OIB)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Telefon ili mobitel)

**GRAD TRILJ**

**UPRAVNI ODJEL OPĆIH POSLOVA,**

**LOKALNE SAMOUPRAVE I**

**DRUŠTVENIH DJELATNOSTI**

**Predmet: Zahtjev za ostvarivanje prava na sufinanciranje dopunskog zdravstvenog osiguranja (DZO)**

Na temelju Odluke o sufinanciranju dopunskog zdravstvenog osiguranja umirovljenika čiji prosječni mjesečni prihodi iznose do 400,00 EUR, molim da mi se odobri isplata novčane naknade.

Molim da mi se naknada isplati na broj računa (IBAN):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Uz zahtjev prilažem:

1. Presliku osobne iskaznice, obostrana preslika
2. Dokaz o mirovini, preslika rješenja o mirovini ili obavijest o mirovini i mirovinskim primanjima
3. Dokaz da su rate dopunskog zdravstvenog osiguranja redovno plaćene
4. Policu zdravstvenog osiguranja, ugovorenu ili obnovljenu u 2024. godini
5. Podatke o tekućem računu (potvrda banke ili drugi odgovarajući dokaz)
6. Drugo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Predajom ovog zahtjeva dajem svoju suglasnost GRADU TRILJU da navedene osobne podatke prikuplja, obrađuje i pohranjuje u svrhu ostvarivanja prava na isplatu naknade i u svrhu kontaktiranja i isplate naknade. Osobni podaci bit će zaštićeni od pristupa neovlaštenih osoba, te pohranjeni na sigurno mjesto i čuvani u skladu s uvjetima i rokovima predviđenim pozitivnim zakonskim propisima i aktima Grada Trilja. Preslike osobnih iskaznica i dokumenata na koji će se izvršiti isplata naknade bit će uništene nakon okončanja postupka provjere uvjeta za ostvarivanje prava na isplatu naknade, te ih se neće pohranjivati. Potvrđujem da sam upoznat/a sa svojim pravima u odnosu na obradu i pohranu danih osobnih podataka koja proizlaze iz Uredbe i u svezi s tim ostalih propisa.*

Trilj, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024. godine \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(potpis podnositelja zahtjeva)