

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

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):			
1. hrvatski ratni vojni invalidi iz Domovinskog rata _____ % – u slučaju ako je korisnik hrvatski ratni vojni invalidi iz Domovinskog rata 100% I. skupine zaokružiti hoće li usluge Veteranskog centra koristiti i njegovatelj			
DA <sup>1</sup> a) korištenje stručnog programa b) bez korištenja stručnog programa (samo smještaj i prehrana)		NE	
2. hrvatski branitelji iz Domovinskog rata – naznačiti podnose li istovremeno zamolbu i članovi Vaše obitelji sukladno točki 6.			
DA <sup>2</sup>		NE	
3. članovi uže i šire obitelji smrtno stradalog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata 4. članovi uže i šire obitelji nestalog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata 5. članovi uže i šire obitelji umrlih hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata 6. članovi uže i šire obitelji hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata 7. osobe stradale u obavljanju vojnih i redarstvenih dužnosti u stranoj zemlji u okviru			

<sup>1</sup> Ako je odgovor DA, njegovatelj također treba popuniti obrazac zamolbe i priložiti potrebnu dokumentaciju

<sup>2</sup> Ako je odgovor DA, članovi obitelji trebaju također popuniti obrazac zamolbe i priložiti potrebnu dokumentaciju.

mirovnih snaga i mirovnih misija ako ih je na tu dužnost uputilo nadležno tijelo u okviru međunarodnih obveza

8. pirotehničari u slučaju ozljede na radu ili profesionalne bolesti, koja je nastala kao posljedica obavljanja njihova posla
9. članovi uže i šire obitelji pirotehničara poginulih pri obavljanju svog posla
10. vojne osobe koje su ranjene ili ozlijeđene u obavljanju službene zadaće u Oružanim snagama
11. policijski službenik ranjen ili ozlijeđen pri obavljanju policijskog posla
12. 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
13. članovi uže i šire obitelji policijskog službenika poginulog pri obavljanju policijskog posla
14. strani veterani sukladno sklopljenim sporazumima
15. žrtve seksualnog nasilja za vrijeme oružane agresije na Republiku Hrvatsku u Domovinskom ratu
16. civilni invalidi iz Domovinskog rata
17. članovi obitelji civilne osobe poginule, umrle i nestale u Domovinskom ratu.
18. 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**

*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 unapređivanja 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 \_\_\_\_\_, 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