

Obrazac broj 1**ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA JEDNOKRATNU NOVČANU POMOĆ
NAKON EKSHUMACIJE I IDENTIFIKACIJE ILI PROGLAŠENJA NESTALOGA
HRVATSKOG BRANITELJA IZ DOMOVINSKOG RATA UMRLIM**

ISTARSKA ŽUPANIJA, Upravni odjel za zdravstvo i socijalnu skrb

Ime i prezime službene osobe _____

tel. službene osobe _____

ZAHTJEV

OSOBNI PODACI O KORISNIKU
IME I PREZIME:
ADRESA PREBIVALIŠTA:
MJESTO I DRŽAVA ROĐENJA:
DATUM ROĐENJA:
OIB:
MBG:
BROJ TELEFONA/MOBITELA:
IME I PREZIME, PREBIVALIŠTE, BROJ TELEFONA KORISNIKOVA OPUNOMOĆENIKA / ZAKONSKOG ZASTUPNIKA / SKRBNIKA (ako on podnosi zahtjev)
PODNOŠITELJ ZAHTJEVA:
a) supružnik
b) dijete
c) roditelj
Osnova za podnošenja zahtjeva:
a) ekshumacija i identifikacija hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata,
b) proglašenje smrti nestalog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata u izvanparničnom postupku

U _____, dana _____

_____ potpis