**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Ime i prezime podnositelja zahtjeva Ime i prezime punomoćnika/skrbnika*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*OIB podnositelja zahtjeva OIB punomoćnika/skrbnika*

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

*Adresa podnositelja zahtjeva Adresa punomoćnika/skrbnika*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Broj telefona podnositelja zahtjeva Broj telefona punomoćnika/skrbnika*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| H | R |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Tekući račun* *podnostitelja / punomoćnika /skrbnika zahtjeva (Zaokružiti)*

*Tekući račun / Zaštićeni račun (Zaokružiti)*

**Popunjava se isključivo u slučaju kada korisnik sufinanciranja ne podnosi zahtjev osobno.**

*OPĆINA VRSAR - ORSERA*

*Jedinstveni upravni odjel*

*Trg Degrassi 1*

*52450 Vrsar*

**PREDMET: Zahtjev za ostvarivanje prava na sufinanciranje dopunskog zdravstvenog osiguranja**

Poštovani,

obraćam se Općini Vrsar - Orsera s molbom da mi se temeljem odredaba Odluke o sufinanciranju dopunskog zdravstvenog osiguranja umirovljenika („Službene novine Općine Vrsar – Orsera“ broj 3/20, 12/20, 11/21, 7/22 i 19/22) (u daljnjem tekstu: Odluka) odobri isplata novčanog iznosa određenog Odlukom.

Pod kaznenom i materijalnom odgovornošću izjavljujem da:

* status umirovljenika imam od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ godine.
* osim mirovine **OSTVARUJEM / NE OSTVARUJEM** druge prihode od redovnog radnog

odnosa, iznajmljivanja stana/poslovnog prostora/soba/apartmana, temeljem ugovora o djelu i ostalo. (zaokružiti ostvarujem ili ne ostvarujem)

\* *U prosječne mjesečne prihode ulaze i prihodi bračnog ili izvanbračnog druga podnositelja zahtjeva, koji žive u zajedničkom kućanstvu.*

* **OSTVARUJEM** **/ NE OSTVARUJEM** pravo na plaćanje premije dopunskog zdravstvenog osiguranja na teret proračuna Republike Hrvatske. (zaokružiti ostvarujem ili ne ostvarujem)
* potpisom zahtjeva dajem suglasnost Općini Vrsar - Orsera za prikupljanje i obradu osobnih podataka te provjeru dostavljenih dokaza u svrhu dodjele i isplate sufinanciranog dijela mjesečne premije dopunskog zdravstvenog osiguranja te potvrđujem da su podaci i isprave koji se dostavljaju Općini Vrsar – Orsera istiniti i potpuni.

Uz predmetni zahtjev prilažem:

1. dokaz o državljanstvu i prebivalištu na području Općine (presliku osobne iskaznice ili drugi dokaz o državljanstvu, odnosno prebivalištu na području Općine)

2. dokaz o sklopljenoj ili obnovljenoj polici dopunskog zdravstvenog osiguranja u tekućoj godini: presliku važeće kartice dopunskog zdravstvenog osiguranja ili presliku Ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju ili drugi odgovarajući dokaz,

3. dokaz o visini isplaćene mirovine korisnika potpore za rujan 2024. godine (preslik odreska od mirovine ili drugi odgovarajući dokaz),

4. presliku rješenja o skrbništvu ili presliku punomoći ovjerene kod javnog bilježnika, ukoliko stranku zastupa zakonski zastupnik ili punomoćnik.

*\* Ukoliko podnositelj zahtjeva ostvaruje druge prihode, dužan je, ovisno o vrsti prihoda, dostaviti:*

***a)*** *dokaz o ostalim prihodima u prethodnoj kalendarskoj godini (potvrda o visini dohotka i primitaka izdana od strane nadležne Porezne uprave ili drugi odgovarajući dokaz),*

***b)*** *ako ostvaruje prihode temeljem iznajmljivanja soba i apartmana, (presliku TZ obrasca o članarini u prethodnoj godini ili potvrda o visini dohotka i primitaka izdana od strane nadležne Porezne uprave) ili*

***c)*** *dokaz o isplaćenoj dividendi (potvrdu Središnjeg klirinškog depozitarnog društva ili potvrda o visini dohotka i primitaka izdana od strane nadležne Porezne uprave) ako je vlasnik dionica.*

*Ako podnositelj zahtjeva ima skrbnika ili punomoćnika, dužan je uz zahtjev priložiti presliku rješenja o skrbništvu ili presliku punomoći ovjerene kod javnog bilježnika.*

Vrsar - Orsera, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024. godine

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

*Potpis podnositelja zahtjeva*

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

*Potpis punomoćnika*

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

*Potpis skrbnika*

*\* Na teret proračuna Republike Hrvatske pravo na plaćanje premije dopunskog zdravstvenog osiguranja ostvaruju:*

*- osigurane osobe s invaliditetom koje imaju 100% oštećenja organizma, odnosno tjelesnog oštećenja prema posebnim propisima, osobe kod kojih je utvrđeno više vrsta oštećenja te osobe s tjelesnim ili mentalnim oštećenjem ili psihičkom bolešću zbog kojih ne mogu samostalno izvoditi aktivnosti primjerene životnoj dobi sukladno propisima o socijalnoj skrbi,*

*- osigurane osobe darivatelje dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja,*

*- osigurane osobe dobrovoljne davatelje krvi s više od 35 davanja (muškarci), odnosno s više od 25 davanja (žene),*

*- osigurane osobe čiji ukupan prihod u prethodnoj kalendarskoj godini, iskazan po članu obitelji, mjesečno nije veći od 379,49 eura (prihodovni cenzus), a za osiguranike – samce, ako im prihodovni cenzus u prethodnoj kalendarskoj godini nije veći od 475,12 eura.*