

Obrazac 1

**OSJEČKO-BARANJSKA ŽUPANIJA  
UPRAVNI ODJEL ZA ZDRAVSTVO,  
SOCIJALNU SKRB I HRVATSKE BRANITELJE**

**ZAHTJEV  
ZA PRIZNAVANJE STATUSA  
CIVILNOG INVALIDA IZ DOMOVINSKOG RATA I PRAVA PO OSNOVI  
OŠTEĆENJA ORGANIZMA  
prema Zakonu o civilnim stradalnicima  
iz Domovinskog rata**

**OSOBNİ PODACI:**

Ime i prezime, ime roditelja: \_\_\_\_\_

Adresa prebivališta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(navesti adresu sa osobne iskaznice, ukoliko se razlikuje od adrese na kojoj korisnik boravi  
navesti obje adrese)

Mjesto i država rođenja: \_\_\_\_\_

Datum rođenja: \_\_\_\_\_

OIB: \_\_\_\_\_

Broj telefona: \_\_\_\_\_ Broj mobitela: \_\_\_\_\_

Podaci opunomoćenika – zakonskog zastupnika – skrbnika \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(ime i prezime, adresa prebivališta, broj telefona)

**PODNOŠIM ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE STATUSA CIVILNOG INVALIDA IZ  
DOMOVINSKOG RATA TE PRAVA NA:**

**1. OSOBNU INVALIDNINU**

**2. DODATAK ZA NJEGU I POMOĆ DRUGE OSOBE**

**3. ORTOPEDSKI DODATAK**

**PO OSNOVI SLJEDEĆEG OŠTEĆENJA ORGANIZMA:**

A) RANA ILI OZLJEDA DIJELA TIJELA \_\_\_\_\_, a uzrok je:

1. zatočenje u logoru, zatvoru ili drugom neprijateljskom objektu, odnosno drugo lišenje slobode u vezi s okolnostima iz  
Domovinskog rata od: \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_, u \_\_\_\_\_

2. ratni događaji i operacije: bombardiranje, eksplozija mine, zalutali metak i sl.

3. eksplozija minsko-eksplozivnih sredstava zaostalih nakon ratnih operacija u Domovinskom ratu

4. eksplozija minsko-eksplozivnih sredstava ili uporaba vatrenog oružja izvan ratnih operacija, ali u vezi s okolnostima  
Domovinskog rata

B) BOLEST \_\_\_\_\_, koja je neposredna posljedica  
zatočenja u logoru, zatvoru ili drugom neprijateljskom objektu, odnosno drugog lišenja

slobode u vezi s okolnostima iz Domovinskog rata od: \_\_\_\_\_ do:  
\_\_\_\_\_, u \_\_\_\_\_.

**OKOLNOSTI STRADAVANJA** (opis) \_\_\_\_\_

– datum stradavanja \_\_\_\_\_

– mjesto stradavanja \_\_\_\_\_

#### IZJAVA O SUGLASNOSTI

Dobrovoljno dajem svoje osobne podatke te privolu u smislu prikupljanja i obrade istih u navedenu svrhu.

U \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ godine

\_\_\_\_\_  
(potpis podnositelja)

**POTREBNI DOKAZI** (Dokaze pod točkama 1. i 2. dužan je pribaviti podnositelj zahtjeva Dokaze pod točkama 3. do 5. pribavit će se po službenoj dužnosti, a može ih priložiti i korisnik ukoliko raspolaže navedenim dokazima)

1. Preslika osobne iskaznice
2. Medicinska dokumentacija koja se odnosi isključivo na predmetno oštećenje organizma:
  - za ranjavanje ili ozljeđivanje: neophodan dokaz je medicinska dokumentacija nastala neposredno nakon stradavanja. Za stradavanje u Domovinskom ratu prva medicinska dokumentacija mora biti najkasnije s datumom 30. 9. 1996. godine
  - za bolest neophodan dokaz je medicinska dokumentacija koja potječe iz vremena zlostavljanja odnosno otpusta iz zatočeništva ili iz vremena od 30 dana nakon toga, a iznimno za bolest psihe prva medicinska dokumentacija ne smije biti starija od dvije godine nakon zlostavljanja odnosno otpusta iz zatočeništva
3. Potvrda o uzroku i okolnostima stradavanja, izdana od nadležne policijske uprave i drugih nadležnih tijela
4. Potvrda o zatočenju – za podnositelje zahtjeva koji su bili u zatočeništvu, kojima je osnova oštećenja organizma rana, ozljeda ili bolest kao posljedica zatočeništva
5. Potvrda Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje o ne primanju naknade za predmetno tjelesno oštećenje
6. Drugi dokazi