

Molimo da podatke upisujete čitko velikim tiskanim slovima.
Prije ispunjavanja zahtjeva obvezno proučite uputu uz pojedino pitanje.

Centar za socijalnu skrb Zagreb Podružnica _____

**ZAHTJEV
ZA PRESTANAK/PREISPITIVANJE/MIROVANJE PRAVA**

na _____
(navesti pravo)

PODACI O KORISNIKU (DJETETU S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU)

Ime i prezime	
Datum rođenja	
OIB	
Adresa prebivališta	
Adresa stanovanja	
Telefon/mobitel	
E-mail adresa	

RAZLOG PODNOŠENJA ZAHTJEVA (zaokružiti broj)

1.	Prestanak prava na _____ (navesti pravo koje se koristi)
2.	Preispitivanje prava na _____ (navesti pravo koje se koristi)
3.	<i>Mirovanje prava na:</i> - <i>doplatak za pomoć i njegu (npr. boravak u zdravstvenoj ili drugoj ustanovi dulje od 15 dana)</i> - <i>osobnu invalidninu (npr. boravka u inozemstvu duže od dva mjeseca...)</i>

Zbog promijenjenih činjenica i okolnosti o kojima ovisi ostvarivanje prava dajem sljedeću

IZJAVU

U Zagrebu, _____

Potpis

Uz zahtjev prilažem dokaze o promjeni:

- _____
- _____
- _____

srodstvo: _____
