**ZAHTJEV ZA ISPLATU SREDSTAVA IZ**

**FONDA SOLIDARNOSTI HDLU**

1. Ime i prezime člana HDLU:
2. Ime i prezime podnositelja zahtjeva te opis svojstva s članom HDLU:
3. OIB člana HDLU:
4. Adresa stanovanja člana HDLU:
5. Naziv banke i IBAN žiro računa na koji se može isplatiti pomoć:
6. Ime/naziv vlasnika žiro računa:
7. Obrazloženje zahtjeva za isplatu sredstava iz Fonda solidarnosti HDLU:
8. Visina potrebnih sredstava:
9. Popis priloga (zaokružite što se dostavlja):
10. **u slučaju invaliditeta, dužeg bolovanja, potrebe za nabavom prijeko potrebnih lijekova koji nisu na popisu Hrvatskog zdravstvenog osiguranja, odnosno dopunskog osiguranja i u slučaju potrebe izuzetno skupe operacije, za potrebe liječenja, liječničkih operacija, nabavu medicinskih pomagala**:

* liječnička dokumentacija
* medicinska dokumentacija o liječenju
* rješenje liječničke komisije o invaliditetu
* dokaz o načinu nastanka bolesti ili invaliditeta
* predračun troškova liječenja, lijekova
* obavezna izjava da troškovi liječenja ili zdravstvene njege nisu plaćeni obveznim, dopunskim, dodatnim i privatnim zdravstvenim osiguranjem.

1. **u slučaju smrti** člana Udruge, član obitelji člana Udruge:

* zamolba obitelji umrlog člana
* smrtni list
* izvod iz matice umrlih

1. **u slučaju oštećenja velikog broja umjetničkih radova radnog prostora**:

* fotografije
* procjena štete

1. **u slučaju gubitka posla,** ako ne ostvaruje pravo na naknadu Hrvatskog zavoda za zapošljavanje i nije u mogućnosti aktivirati članstvo u HZSU:

* dokaz o statusu unutar Hrvatskog zavoda za zapošljavanje

1. **u slučaju rođenja djeteta;** ako član ne ostvaruje prava na naknadu Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje ili iz drugih izvora:

* dokaz o statusu unutra Hrvatskog zavoda za zapošljavanje

1. **u slučaju potrebe samohranim roditeljima**:

* dokaz o samostalnom uzdržavanju malodobnog djeteta

1. Ostala dokumentacija (molimo, navedite koja): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vlastoručnim potpisom potvrđujem istinitost podataka i dostavljene dokumentacije navedene u zahtjevu za isplatu sredstva Fonda solidarnosti HDLU.**

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ godine

POTPIS

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

**IZJAVA:**

**Ja, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ime, prezime i OIB), svojim potpisom potvrđujem da trošak liječenja ili zdravstvene njege nije plaćen obveznim, dopunskim, dodatnim i privatnim zdravstvenim osiguranjem.**

**POTPIS**

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