

REPUBLIKA HRVATSKA
CENTAR ZA SOCIJALNU SKRB
ŽUPANJA
Telefon: 832 160

PRIMLJENO:		
KLASIFIKACIJSKA OZNAKA	ORG. JEDINICA	
550-01/____02/		
URUDŽBENI BROJ	PRILOG	VRIJED.
15-____-1		

PRIJAVA PROMJENE U OSTVARIVANJU PRAVA NA

- OSOBNA INVALIDNINA - DOPLATAK ZA POMOĆ I NJEGU NAKNADU DO ZAPOSLENJA

- ZAJAMČENU MINIMALNU NAKNADU

- prestanak - promjena adrese - nešto drugo

KORISNIK (ime i prezime): _____

ROĐEN –A _____ ADRESA _____

Ja _____

iz _____

IZJAVLJUJEM

Za dokaz navedenog prilažem

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

U Županji, _____

Potpis
