
ime, prezime podnositelja zahtjeva, ime oca

datum rođenja, mjesto, grad/općina

mjesto i adresa stanovanja

OIB: _____

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

**CENTAR ZA SOCIJALNU SKRB
ŽUPANJA**

ZAHTEJV :

za izdavanje potvrde da JE – NIJE KORISNIK prava u svrhu

1. ostvarivanja prava na dopunsko zdravstveno osiguranje
2. oslobađanje od plaćanja upravnih pristojbi
3. ostvarivanja prava na dječji doplatak
4. drugo (navesti što) _____

Navesti sve članove kućanstva (molimo da zaokružite osobe za koje je potvrda potrebna):

Prezime i ime	Ime oca	Datum rođenja	Mjesto rođenja	Mjesto i adresa
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

POPUNJAVA RADNIK U RAČUNOVODSTVU:	

1. Oslobođeno od plaćanja pristojbi po čl. 9. st. 2. toč. _____. Zakona o upravnim pristojbama ("Narodne novine" br. 115/16).
2. Upravna pristojba plaćena prema tarifi upravnih pristojbi – Opća pristojba po Tarifnom br. 1. u iznosu od 20,00 kuna i Tarifnom br. 4. u iznosu od 20,00 kuna te i na podnesku propisano poništena.

PODNOŠITELJ ZAHTEJVA

U Županji, _____.