
(ime i prezime)

(adresa)

(telefon)

OIB: _____

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE
REGIONALNI URED ZAGREB
Odsjek za zdravstveno osiguranje - 1

Z A G R E B , Klovićeva 1

PREDMET:

Zahtjev za naknadu plaće tijekom rada s polovicom punog radnog vremena zbog njege djeteta s težim smetnjama u razvoju

Molim da mi se prizna pravo na naknadu plaće tijekom rada s polovicom punog radnog vremena zbog njege djeteta s težim smetnjama u razvoju za dijete _____, rođ. _____.

Zahtjevu prilažem:

1. medicinsku dokumentaciju liječnika specijalista (u preslici)
2. preslik rodnog lista djeteta
3. preslik kartice tekućeg računa
4. potvrdu majčinog poslodavca da majka radi u punom radnom vremenu
5. potvrdu očevog poslodavca da otac radi u punom radnom vremenu

U Zagrebu, _____

potpis

Napomena: Podnositelj zahtjeva se obvezuje dostaviti dokumentaciju koja nedostaje, a koja je nevedena pod rednim brojevima, u roku 30 dana od podnošenja zahtjeva.