

**ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA JEDNOKRATNU NOVČANU POMOĆ
NAKON EKSHUMACIJE I IDENTIFIKACIJE ILI PROGLAŠENJA NESTALOGA
HRVATSKOG BRANITELJA IZ DOMOVINSKOG RATA UMRLIM**

**KARLOVAČKA ŽUPANIJA
UPRAVNI ODJEL ZA HRVATSKE
BRANITELJE I ZDRAVSTVO**

Ime i prezime službene osobe _____

Broj telefona službene osobe _____

ZAHTJEV

OSOBNİ PODACI O KORISNIKU:

IME I PREZIME: _____

ADRESA PREBIVALIŠTA: _____

MJESTO I DRŽAVA ROĐENJA: _____

DATUM ROĐENJA: _____

OIB: _____

MBG: _____

BROJ TELEFONA/MOBITELA: _____

IME I PREZIME, PREBIVALIŠTE, BROJ TELEFONA KORISNIKOVA
OPUNOMOĆENIKA/ZAKONSKOG ZASTUPNIKA/SKRBNIKA (ako on podnosi zahtjev)

PODNOŠITELJ ZAHTJEVA:

- a) supružnik
- b) dijete
- c) roditelj

OSNOVA ZA PODNOŠENJE ZAHTJEVA:

- a) ekshumacija i identifikacija hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata,
- b) proglašenje smrti nestalog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata u izvanparničnom postupku.

U Karlovcu, dana _____

potpis