

**ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE STATUSA HRVATSKOG RATNOG VOJNOG
INVALIDA IZ DOMOVINSKOG RATA**

IME – IME OCA – PREZIME _____

OIB _____ DRŽAVLJANSTVO _____

DATUM I MJESTO ROĐENJA _____

PREBIVALIŠTE, TELEFON _____

U DOMOVINSKOM RATU BIO PRIPADNIK ORUŽANIH SNAGA RH (postrojbe):

I. RANJAVANJE ILI OZLJEDA

DATUM RANJAVANJA / OZLJEĐIVANJA _____

MJESTO RANJAVANJA / OZLJEĐIVANJA _____

KOJI DIO TIJELA JE RANJEN / OZLJEĐEN _____

OPIS UZROKA I OKOLNOSTI RANJAVANJA / OZLJEĐIVANJA _____

U VRIJEME RANJAVANJA / OZLJEĐIVANJA BIO PRIPADNIK: _____

**II. BOLEST, POGORŠANJE BOLESTI ODNOSNO POJAVA BOLESTI KAO
NEPOSREDNA POSLJEDICA SUDJELOVANJA U OBRANI SUVERENITETA RH**

ZA KOJU BOLEST TRAŽI PRIZNAVANJE STATUSA HRVI _____

KADA JE BOLEST NASTALA ILI SE POGORŠALA _____

POD KOJIM OKOLNOSTIMA JE BOLEST NASTALA ILI SE POGORŠALA _____

ZDRAVSTVENA USTANOVA GDJE JE LIJEČEN _____
