_____
(ime i prezime roditelja podnositelja zahtjeva)

_____
(adresa)

_____
(telefon, mobitel)

OIB roditelja | | | | | | | | | | | |

SPLITSKO-DALMATINSKA ŽUPANIJA
UPRAVNI ODJEL ZA ZDRAVSTVO I SOCIJALNU SKRB

ZAHTJEV ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA NOVČANU POMOĆ ZA NOVOROĐENO DIJETE

Molim da mi se prizna pravo na novčanu pomoć za novorođeno dijete:

_____, rođeno dana_____.

Osim navedenog djeteta u kućanstvu živim s djetetom/djecom i to:

1._____ OIB: _____

2._____ OIB: _____

3._____ OIB: _____

4._____ OIB: _____

5._____ OIB: _____

6._____ OIB: _____

7._____ OIB: _____

8._____ OIB: _____

9._____ OIB: _____

10._____ OIB: _____

Za istinitost i točnost navedenih podataka snosim materijalnu i kaznenu odgovornost.
Podnositelj zahtjeva dobrovoljno daje podatke u svrhu ostvarivanja novčane pomoći za novorođeno dijete. Isti će se obrađivati samo u svrhu u koju su prikupljeni te se u druge svrhe neće koristiti. U slučaju uskrate bilo kojeg podatka potrebnog za ostvarivanje novčane pomoći, zahtjev se neće moći riješiti.

Split, _____

_____
(potpis roditelja podnositelja zahtjeva)