**Podaci o podnositelju zahtjeva Obrazac 1.**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Ime (ime roditelja) prezime*** |  |
| ***Datum, mjesto i općina rođenja*** |  |
| ***J M B G*** |  |
| ***Adresa prebivališta*** |  |
| ***Kontakt******Telefon:*** |  |

**ŽUPANIJA ZAPADNOHERCEGOVAČKA**

**MINISTARSTVO HRVATSKIH BRANITELJA I INVALIDA DOMOVINSKOG RATA**

**Z A H T J E V**

**za jednokratnu novčanu pomoć za pokrivanje troškova sahrane**

Molim nadležno Ministarstvo da mi u svojstvu:

a) člana obitelji poginulih, umrlih, nestalih branitelja, neženjenog ratnog vojnog invalida

b) pravne, fizičke osobe, u slučaju da umrli nema članova obitelji;

(Zaokružiti odgovarajuće)

odobri jednokratnu novčanu pomoć za pokrivanje troškova sahrane za:

a) člana uže obitelji poginulih, umrlih, nestalih branitelja;

 b) neženjenog ratnog vojnog invalida

 (Zaokružiti odgovarajuće)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ime, ime oca, prezime umrlog)

**Uz zahtjev prilažem:**

1. Uvjerenje o pripadnosti određenoj kategoriji braniteljske populacije za umrlog izdano od strane tijela nadležnog za vojne evidencije;

2. Izvadak iz matične knjige vjenčanih, odnosno Izvadak iz matične knjige rođenih, ukoliko zahtjev podnosi član obitelji;

3. Izvadak iz matične knjige umrlih za umrlog člana uže obitelji poginulog, umrlog, nestalog branitelja, umrlog neženjenog ratnog vojnog invalida;

4. Original račun o plaćenim troškovima sahrane koji glase na ime podnositelja zahtjeva;

5. Izjava ovjerena od strane nadležne službe jedinice lokalne samouprave, da podnositelj zahtjeva nije ostvario pravo na jednokratnu novčanu pomoć za pokrivanje troškova sahrane po drugom temelju;

6.Dokaz o statusu podnosioca Zahtjeva:

1. Ukoliko je podnositelj Zahtjeva zaposlen, potrebno je dostaviti Potvrdu od firme da nije ostvarena novčana pomoć po istom temelju;
2. Ukoliko je podnositelj Zahtjeva nezaposlen, potrebno je dostaviti Potvrdu sa Službe za zapošljavanje;