



SINDIKAT NAFTNOG GOSPODARSTVA
HUMANITARNI FOND "BOŽIDAR OREČ"
ZAGREB, Kumičićeva 1

MOLBA ZA POTPORU

Ime: _____ Prezime: _____
Poduzeće: _____, Mat. br. u poduzeću: _____
Mjesto rada: _____
Adresa prebivališta: _____
Kontakt telefon: _____

Korisnik potpore: 1. osobno 2. dijete 3. izvan/bračni partner ili ne/formalni životni partner

Molim da mi se odobri potpora u iznosu od _____ euro za plaćanje troškova

iz razloga:

1. Trošak ne priznaje HZZO
2. Doplate kvalitetnijeg pomagala/smještaja
3. Odbijenice liječničkog povjerenstva
4. Dugog čekanja na pretragu

(molimo popuniti i zaokružiti jednu od ponuđenih mogućnosti)

Popis priložene dokumentacije:

PRIVOLA ZA PRIKUPLJANJE I OBRADU OSOBNIH PODATAKA

Ovlašćujem SING da kao „voditelj obrade osobnih podataka“, sve moje dragovoljno ustupljene osobne podatke obrađuje (prikuplja, pohranjuje, prenosi/ustupa...itd.) i istima raspolaže, na način propisan i utvrđen mjerodavnim, primjenjivim i važećim propisima (Opća uredba EU, Statut/Pravilnici SING-a, Zakon i sl.) i to sve do mog opoziva date privole.

U _____ 20__ .
(mjesto i datum)

Vlastoručni potpis

POPIS DOKUMENTACIJE
KOJU JE ČLAN FONDA DUŽAN PRILOŽITI
PRILIKOM PODNOŠENJA MOLBE ZA ISPLATU POTPORE

1. Otpusno pismo, mišljenje i preporuke liječnika, nalazi, rješenja komisije, a iz kojih proizlazi potreba za traženim predmetom potpore, **a koja dokumentacija nije izdana od liječnika ustanove koja daje predračun / ponudu.**
2. Liječnička dokumentacija, ne starija od 6 mjeseci.
3. Predračun/ponuda koji glasi na:

**SINDIKAT NAFTNOG GOSPODARSTVA
HUMANITARNI FOND "BOŽIDAR OREČ"
10000 ZAGREB
KUMIČIĆEVA 1
Ime i prezime korisnika potpore
OIB SING-a: 24538086497.**

4. **Za pretragu neophodnu za daljnji tijek liječenja:** liječnička potvrda da troškove ne nadoknađuje HZZO ili na njih treba dugo čekati, a priroda bolesti zahtijeva hitnost. **Za operacijski zahvat, liječenje, lijekove, terapijsko liječenje:** liječnička potvrda da troškove ne nadoknađuje HZZO.

Član je dužan prije podnošenja molbe pokušati svoje pravo ostvariti putem dodatnog zdravstvenog osiguranja koje mu osigurava poslodavac te, ako u tome ne uspije, molbi priložiti **izjavu o tome da je pokušao traženu potporu ostvariti putem dodatnog zdravstvenog osiguranja koje mu osigurava poslodavac, ali da dodatno zdravstveno osiguranje istu ne može pokriti (Prilog 1.).**

Za ortopedsko pomagalo kvalitetnije od onog za koje HZZO pokriva troškove ili za ortopedsko pomagalo za koje HZZO ne pokriva troškove ili ih djelomično pokriva: liječnička potvrda da troškove ne nadoknađuje HZZO/o djelomičnom iznosu u kojem ih HZZO nadoknađuje.

5. Dokumenti iz čl. 5. Pravilnika Humanitarnog fonda „Božidar Oreč“:
 - **za dijete:** rodni list djeteta, za pastorcje: rodni list djeteta + vjenčani list podnositelja; za dijete **starije od 18 godina:** potvrda o redovitom školovanju za aktualnu akademsku/školsku godinu; kod **ometenosti u razvoju djeteta starijeg od 18 godina, koje nije na redovnom školovanju:** relevantna dokumentacija nadležnih tijela, iz koje proizlazi postojanje takve potrebe;
 - **za supružnika:** vjenčani list ne stariji od 6 mjeseci;
 - **za izvanbračnog druga:** dokumenti iz čl. 5., st. 4. i 5. Pravilnika Humanitarnog fonda „Božidar Oreč“;

- **za životnog partnera:** dokumenti iz čl. 5., st. 6. i 7. Pravilnika Humanitarnog fonda „Božidar Oreč“.

6. Preslika osobne iskaznice.

7. Originalna Molba s pripadajućom dokumentacijom može se dostaviti u sjedište SING-a osobno, poštom, putem sindikalnog povjerenika ili putem aplikacije Web mSING.

(ime i prezime)

(adresa)

(adresa)

(OIB)

IZJAVA

Ovime izjavljujem da sam prije podnošenja Molbe pokušao svoje pravo ostvariti putem dodatnog zdravstvenog osiguranja koje mi osigurava poslodavac, ali u tome nisam uspio, jer dodatno zdravstveno osiguranje istu ne može pokriti.

U _____ dana _____ godine

(vlastoručni potpis podnositelja
Molbe)