



SING - SINDIKAT GOSPODARSTVA
HUMANITARNI FOND "BOŽIDAR OREČ"
ZAGREB, Kumičićeva 1

MOLBA ZA POTPORU

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

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:

KOMUNIKACIJA VEZANO ZA PREDMET

E-mail za komunikaciju: _____

Telefon za komunikaciju: _____

(ukoliko se razlikuju od osnovnih podataka)

OVLAŠTENJE ZA KOMUNIKACIJU (POSEBNE OKOLNOSTI)

U slučaju da nisam u mogućnosti samostalno komunicirati, ovlašćujem sljedeću osobu:

Ime i prezime: _____

Srodstvo / odnos: _____

E-mail: _____

Telefon: _____

Ovlašćujem SING da s navedenom osobom komunicira u vezi ovog zahtjeva, uključujući razmjenu podataka nužnih za obradu zahtjeva i odlučivanje o dodjeli potpore.

Svjestan/na sam da komunikacija može uključivati i posebne kategorije osobnih podataka.

OBAVIJEST O OBRADI OSOBNIH PODATAKA

SING obrađuje osobne podatke podnositelja zahtjeva te, prema potrebi, osobne podatke drugih osoba na koje se zahtjev odnosi, uključujući posebne kategorije podataka i podatke sadržane u priloženoj dokumentaciji, u svrhu obrade zahtjeva i odlučivanja o dodjeli potpore.

Detaljna Obavijest o obradi osobnih podataka dostupna je na: <https://sing.hr/gdpr/>

Potvrđujem da sam upoznat/a s Obavijesti o obradi osobnih podataka SING-a.

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:

SING - SINDIKAT 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 pastorče: 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. Originalna Molba s pripadajućom dokumentacijom, koja se može 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)