

*Molimo da podatke upisujete čitko velikim tiskanim slovima.
Prije ispunjavanja zahtjeva obvezno proučite uputu uz pojedino pitanje.*

Centar za socijalnu skrb Zagreb Podružnica _____

**ZAHTJEV
ZA PRESTANAK/PREISPITIVANJE/MIROVANJE PRAVA NA
OSOBNU INVALIDNINU**

PODACI O KORISNIKU:

Ime i prezime	
Datum rođenja	
OIB	
Adresa prebivališta	
Adresa stanovanja	
Telefon/mobitel	
E-mail adresa	

RAZLOG PODNOŠENJA ZAHTJEVA (zaokružiti broj)

1.	Prestanak prava na osobnu invalidninu (npr. stjecanja vlasništva poslovnog prostora, vlasništva drugog stana ili kuće osim stana ili kuće koje koristi za stanovanje...)
2.	Preispitivanje prava (npr. radi promjene vlastitog prihoda, kontrolnog vještačenja, ...)
3.	Mirovanje prava (npr. radi pritvora, zatvora, boravka u inozemstvu duže od dva mjeseca...)

Zbog promijenjenih činjenica i okolnosti o kojima ovisi ostvarivanje prava na osobnu invalidninu dajem sljedeću

IZJAVU

U Zagrebu, _____

Potpis

Uz zahtjev prilažem dokaze o promjeni:

- _____
- _____
- _____
