

## Zahtjev za sufinanciranje troškova medicinski pomognute oplodnje za 2022.

Ime i prezime:		
Datum i godina rođenja:		
Adresa prebivališta:		
OIB:		
Kontakt broj:		
E-mail:		
IBAN:		
Naziv banke:		

Bračna zajednica:	DA	NE
Izvanbračna zajednica:	DA	NE

Ime i prezime bračnog/izvanbračnog partnera	
Adresa prebivališta:	
OIB:	
Kontakt broj:	

\* Potrebno popuniti u slučaju da se podnositeljica zahtjeva nalazi u bračnoj ili izvanbračnoj zajednici

Datum pokretanja postupka medicinski pomognute oplodnje	
---	--

Trošak postupka medicinski pomognute oplodnje (potrebno zaokružiti):

- a) Financiram na teret Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje\*\*
- b) Nisam više u mogućnosti financirati na teret Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje
- c) Nije uopće moguće financirati na teret Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje

\*\* Ukoliko je zaokruženo pod a) nije moguće ostvariti pravo na sufinanciranje troškova medicinski pomognute oplodnje temeljem Javnog poziva.

Uz Zahtjev u privitku dostavljam (zaokružiti):

1. presliku osobne iskaznice ili uvjerenje o prebivalištu podnositelja zahtjeva, ukoliko iz osobne iskaznice nije vidljivo da podnositelj zahtjeva ima prebivalište na području Grada Ploča neprekidno 3 godine računajući od dana podnošenja zahtjeva
2. presliku osobne iskaznice ili uvjerenje o prebivalištu bračnog ili izvanbračnog partnera podnositelja zahtjeva (ukoliko je primjenjivo)
3. presliku vjenčanog lista (bračna zajednica) - ukoliko je primjenjivo
4. izjavu ovjerenu kod javnog bilježnika o postojanju izvanbračne zajednice (ukoliko je primjenjivo)
5. izjavu kojom podnositelj zahtjeva pod materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljuje da postupak medicinski pomognute oplodnje, a čije sufinanciranje troškova se traži od Grada Ploča, nije više u mogućnosti financirati na teret Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje

- ili da isti uopće nije moguće financirati na teret Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (vlastoručno potpisana i nije potrebno ovjeravati kod javnog bilježnika)
6. dokaze o troškovima vezanim uz postupak medicinski pomognute oplodnje, a koji su izdani od strane ovlaštene zdravstvene ustanove, liječnika specijalista ginekologa i ljekarne.

U svrhu ostvarivanja prava na sufinanciranje troškova medicinski pomognute oplodnje pod materijalnom i kaznenom odgovornošću:

- Izjavljujem i vlastoručnim potpisom potvrđujem da su podaci navedeni u ovom Zahtjevu točni i potpuni te sam suglasna da Grad Ploče, ima pravo iste prikupljati, provjeravati, obrađivati, koristiti i čuvati u skladu sa Općom uredbom o zaštiti podataka.
- Izjavljujem kako će u slučaju neistinitih, krivotvorenih ili nepotpunih podataka, odnosno u slučaju zlouporabe ostvarivanja prava na sufinanciranje troškova medicinski pomognute oplodnje snositi materijalnu i kaznenu odgovornost te se obvezujem vratiti dodijeljena finansijska sredstva sa zakonskim zateznim kamatama.

U Pločama, \_\_\_\_\_ 2022. godine

Potpis

---