

## Zahtjev za sufinanciranje troškova medicinski pomognute oplodnje za 2023.

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 podnosioca 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 podnosioca 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 ću 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 financijska sredstva sa zakonskim zateznim kamatama.

U Pločama, \_\_\_\_\_ 2023. godine

Potpis

---