

Zahtjev za sufinanciranje troškova medicinski pomognute oplodnje za 2026.

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 provjeravati, obrađivati, koristiti i čuvati u skladu s propisima o zaštiti osobnih 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.
- Izjavljujem da pravo na sufinanciranje troškova medicinski pomognute oplodnje ne ostvarujem iz nekog drugog izvora (državnog proračuna ili proračuna drugih jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave).

U Pločama, _____ 2026. godine

Potpis
