|  |
| --- |
|  |
| (Ime i prezime podnositelja zahtjeva) |
|  |
| (Adresa stanovanja) |
|  |
| (Telefon / mobitel) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OIB podnositelja** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**UPRAVNI ODJEL ZA DRUŠTVENE DJELATNOSTI**

**GRADA VARAŽDINA**

Odsjek za civilno društvo,

mlade i socijalnu skrb

P. Preradovića 10

e-mail: [socijalna.skrb@varazdin.hr](mailto:socijalna.skrb@varazdin.hr)

**ZAHTJEV ZA SUFINANCIRANJE**

**TROŠKOVA MEDICINSKI POMOGNUTE OPLODNJE U 2025. GODINI**

**POSTUPAK MEDICINSKI POMOGNUTE OPLODNJE PROVEDEN JE U OVLAŠTENOJ ZDRAVSTVENOJ USTANOVI U 2025. GODINI:**

a) na području Republike Hrvatske

b) u inozemstvu (samo za postupak koji se ne provodi u Hrvatskoj)

**PODACI O RAČUNU PODNOSITELJA ZAHTJEVA:**

Suglasan/sna sam da mi se novčani iznos sufinanciranja isplati na račun :

broj \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, otvoren/a u \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ banci.

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Potpis podnositelja zahtjeva*

JA, *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*dajem suglasnost Gradu Varaždinu, Upravnom odjelu za društvene djelatnosti, za obradu osobnih podataka navedenih u zahtjevu u svrhu sufinanciranja troškova medicinski pomognute oplodnje u 2025. godini, a isti će se obraditi samo u navedenu svrhu.

Podnositelj je obvezan uz popunjeni i potpisani zahtjev priložiti sljedeću dokumentaciju:

**A) Bračna zajednica:**

1. PRILOŽITI PRESLIKU OSOBNE ISKAZNICE PODNOSITELJA ZAHTJEVA I PRESLIKU OSOBNE ISKAZNICE BRAČNOG DRUGA

2. PRILOŽITI PRESLIKU VJENČANOG LISTA ILI IZVATKA IZ MATICE VJENČANIH

3. PRILOŽITI DOKAZ O PREBIVALIŠTU PODNOSITELJA ZAHTJEVA (potvrda MUP-a, potvrda o prebivalištu iz sustava e-građani)

4. PRILOŽITI DOKAZ O PREBIVALIŠTU BRAČNOG DRUGA (potvrda MUP-a, potvrda o prebivalištu iz sustava e-građani)

5. PRILOŽITI RAČUN OVLAŠTENE ZDRAVSTVENE USTANOVE O PROVEDENOM POSTUPKU MEDICINSKI POTPOMOGNUTE OPLODNJE U 2025. GODINI, LIJEČNIKA SPECIJALISTA GINEKOLOGIJE ILI LJEKARNE

6. PRILOŽITI POTVRDU HRVATSKOG ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE DA SE POSTUPAK MEDICINSKI POMOGNUTE OPLODNJE NE PROVODI NA TERET HRVATSKOG ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ILI IZJAVA PODNOSITELJA.

**B) Izvanbračna zajednica:**

1. PRILOŽITI PRESLIKU OSOBNE ISKAZNICE PODNOSITELJA ZAHTJEVA I PRESLIKU OSOBNE ISKAZNICE IZVANBRAČNOG DRUGA

2. PRILOŽITI IZJAVU O IZVANBRAČNOJ ZAJEDNICI – ovjerena od strane javnog bilježnika

3. PRILOŽITI DOKAZ O PREBIVALIŠTU PODNOSITELJA ZAHTJEVA (potvrda MUP-a, potvrda o prebivalištu iz sustava e-građani)

4. PRILOŽITI DOKAZ O PREBIVALIŠTU IZVANBRAČNOG DRUGA (potvrda MUP-a, potvrda o prebivalištu iz sustava e-građani)

5. PRILOŽITI RAČUN OVLAŠTENE ZDRAVSTVENE USTANOVE O PROVEDENOM POSTUPKU MEDICINSKI POTPOMOGNUTE OPLODNJE U 2025. GODINI, LIJEČNIKA SPECIJALISTA GINEKOLOGIJE ILI LJEKARNE

6. PRILOŽITI POTVRDU HRVATSKOG ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE DA SE POSTUPAK MEDICINSKI POMOGNUTE OPLODNJE NE PROVODI NA TERET HRVATSKOG ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ILI IZJAVA PODNOSITELJA.

Novčani iznos sufinanciranja troškova medicinski pomognute oplodnje isplatit će se na tekući račun podnositelja zahtjeva.

Grad Varaždin sufinancirat će troškove medicinski pomognute oplodnje i to:

* troškove medicinski potpomognute oplodnje koja je provedena u ovlaštenoj zdravstvenoj ustanovi na području Republike Hrvatske u iznosu od 50% ukupnih troškova, ali ne više od 1.000 EUR

* troškove medicinski potpomognute oplodnje koja je provedena u ovlaštenoj zdravstvenoj ustanovi u inozemstvu u iznosu od 50% ukupnih troškova, ali ne više od 1.000 EUR.