



ZAHTEJEV 2

ZA JEDNOKRATNU POMOĆ IZ FONDA SOLIDARNOSTI

Podružnica HSDK: _____
(naziv podružnice)

Ime i prezime: _____
(ime i prezime člana ili osobe koja prima pomoć u slučaju 5a)

OIB: _____ Broj članske iskaznice: _____

Adresa: _____
(ulica i broj, mjesto i poštanski broj)

IBAN: _____

Za slučaj:

1. otkaza na radu koji nije uzrokovan skrivljenim ponašanjem člana Sindikata
2. a) bolovanja dužeg od 90 dana
b) čuvanja trudnoće
3. nabavke prijeko potrebnih lijekova koji nisu na popisu Hrvatskog zdravstvenog osiguranja, odnosno dopunskog osiguranja
4. ako je članu Sindikata potrebna izuzetno skupa operacija za koju mora izdvojiti vlastita sredstva
5. a) smrti člana sindikata (upisati ime i prezime, OIB, adresu i IBAN osobe koja prima pomoć)
b) smrti djece i roditelja člana Sindikata
c) smrt supružnika
6. samohranom roditelju školske djece za nabavku obveznih školskih udžbenika

Priložena dokumentacija: _____
(potvrda liječnika, računi, smrtni list ...)

Dragovoljno pristajem da Sindikat moje gore navedene osobne podatke obrađuje u skladu sa propisima o zaštiti pojedinca u vezi s obradom osobnih podataka, a isključivo u svrhu ostvarivanja prava na socijalnu potporu.

Podnositelj zahtjeva:

Povjerenik podružnice:

(potpis člana)

(potpis povjerenika i pečat podružnice)

(mjesto i datum podnošenja zahtjeva)

*** Plaćanje će se izvršiti u roku 14 dana od zaprimanja zahtjeva, a pred blagdane 30 dana**