



ZAHTEJEV 2

ZA JEDNOKRATNU POMOĆ IZ FONDA SOLIDARNOSTI

Datum podnošenja zahtjeva: _____

Podružnica HSDK: _____

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

Primatelj: _____ OIB primatelja: _____
(ime i prezime člana/osobe koja prima pomoć u slučaju 5a)

Adresa primatelja: _____

IBAN primatelja: HR _____

Broj članske iskaznice: _____

Priložena dokumentacija (navesti): _____
(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 socijalne i druge oblike povratnih potpora.

Podnositelj zahtjeva:

Povjerenik podružnice:

(potpis člana)

(potpis povjerenika i pečat podružnice)

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