

**PRAVA  
OBITELJI  
DJECE  
NA  
LIJEČENJU  
OD  
MALIGNE  
BOLESTI**



**KRIJESNICA**

udruga za pomoć djeci i obiteljima  
suočenim s malignim bolestima

Tiskanje ove publikacije omogućeno je financijskom podrškom Ministarstva zdravstva u sklopu projekta „Program psihosocijalne podrške obiteljima suočenim s malignom bolešću djeteta“.

Sadržaj ove publikacije isključiva je odgovornost autora i nužno ne izražava stajalište Ministarstva zdravstva.

Ova publikacija koncipirana je na osnovi zakona i propisa važećih na dan 01.12.2020. godine i isključivo je informativnog karaktera.

Autorica: Dunja Lačan

Grafičko oblikovanje: Vanja Nikolić

Tisak: Printera Grupa d.o.o.



Ministarstvo  
zdravstva



**KRIJESNICA**

udruge za pomoć djeci i obiteljima  
suočenim s malignim bolestima



1. PRAVA IZ SUSTAVA .....	2
1.1 Sustav socijalne skrbi .....	2
1.2 Mirovinski sustav .....	4
1.3 Sustav obveznog zdravstvenog osiguranja .....	5
1.4 Obrazovni sustav .....	9
2. PRIJEVOZ .....	11
3. SMJEŠTAJ .....	16
4. DODATNE POGODNOSTI .....	18
5. UPUTE ZA REGISTRACIJU: KRIJESNICA APP	19
6. UPUTE ZA REFUNDIRANJE TROŠKOVA AUTOCESTE .....	20
7. KONTAKT .....	21



# 1. PRAVA IZ SUSTAVA

## 1.1. SUSTAV SOCIJALNE SKRBI

### OSOBNINA INVALIDNINA

(\*neovisno o primanjima obitelji, samo na temelju  
DIJAGNOZE maligne bolesti djeteta)

**Koliko:** 1500 kn mjesečno

**Gdje:** Centar za socijalnu skrb prema mjestu prebivališta

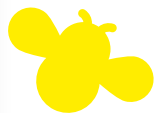
**Dokumentacija:** Medicinski nalazi, preslike osobnih iskaznica/potvrda o mjestu prebivališta članova kućanstva, rodni list djeteta, Izvadak iz katastra i Zemljišnih knjiga (potvrda da dijete nije vlasnik nekretnine), IBAN za isplate

### NAKNADA ZA UGROŽENOG KUPCA ENERGENATA

**Koliko:** do 200 kn vrijednosti kupona (mjesečno) za plaćanje troškova **električne energije** u poslovnicama **FINE**

**Gdje:** Centar za socijalnu skrb (prema mjestu prebivališta), **nakon ostvarivanja prava** na Osobnu invalidninu djeteta na liječenju

**Uvjeti:** Korisnik **osobne invalidnine** ili član kućanstva s korisnikom osobne invalidnine



## STATUS RODITELJA NJEGOVATELJA

**Koliko:** 4000 kn mjesečno, uz prijavu u mirovinskom i zdravstvenom sustavu

\*tretira se kao zaposlenje

**Gdje:** Centar za socijalnu skrb (prema mjestu prebivališta)

### Uvjeti:

- ostvaruje 1 roditelj ili drugi član obitelji
- dijete je potpuno ovisno o pomoći i njezi druge osobe jer je zbog održavanja života potrebno pružanje specifične njege za koju je roditelj ili drugi član obitelji osposobljen
- dijete je potpuno nepokretno i uz pomoć ortopedskih pomagala, ili
- dijete ima više vrsta teških oštećenja (tjelesnih, mentalnih, intelektualnih, osjetilnih)

### Dokumentacija:

- medicinski nalazi,
- preslike osobnih iskaznica/potvrda o mjestu prebivališta članova kućanstva,
- rodni list djeteta

## JEDNOKRATNA POMOĆ

**Koliko:** maksimalno do iznosa od **3.500,00kn** za kućanstvo, iznimno do **10.000,00kn** prema odobrenju Ministarstva rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike

**Gdje:** **Centar za socijalnu skrb** prema mjestu prebivališta

**Uvjeti:** priznaje se samcu ili kućanstvu koje zbog **trenutačnih materijalnih teškoća** nije u mogućnosti podmiriti osnovne životne potrebe nastale zbog rođenja ili školovanja djeteta, bolesti ili smrti člana obitelji, elementarne nepogode i sl.

## 1.2. MIROVINSKI SUSTAV

### UVEĆANI DJEČJI DOPLATAK

**Koliko:** **831,50 kn** mjesečno

**Gdje:** Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje (prema mjestu prebivališta)

**Dokumentacija:**

- medicinski nalazi,
- preslika osobnih iskaznica svih punoljetnih članova kućanstva,
- rodni list djeteta,
- IBAN za isplate

## 1.3. SUSTAV OBVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

### NAKNADA ZA SMJEŠTAJ

- \* **1 roditelj djeteta do 18 godina** u slučaju da ugovorna bolnička zdravstvena nema smještajnih kapaciteta za smještaj uz dijete za vrijeme bolničkog liječenja djeteta
- \* imaju prebivalište minimalno **30 km** od ugovorne zdravstvene ustanove

**Koliko:** do 200 kn po danu hospitalizacije djeteta

**Gdje:** HZZO prema mjestu prebivališta

**Dokumentacija:**

- OBRAZAC koji ispunjava bolnica,
- zdravstvena iskaznica,
- osobna iskaznica,
- kopija Otpusnog pisma

## PRIVREMENA SPRIJEČENOST ZA RAD (BOLOVANJE)

### PRIVREMENA SPRIJEČENOST RADI NJEGE DJETETA

može koristiti **1 roditelj**, ako drugi roditelj nije nezaposlen, odnosno ako živi sam s djetetom, ako istodobno ne koristi to pravo za drugo dijete te ako za dijete kojem je potrebna njega nema status roditelja njegovatelja

**70%** osnovice prvih 6 mjeseci-neprekidno, **80%** nakon 6 mjeseci, **100%** za dijete do 3.godine

\*maksimalan iznos naknade **4257,28 kn**

### PRIVREMENA NESPOSOBNOST ZA RAD

određuje liječnik na temelju zdravstvenog stanja roditelja, npr. reakcija na teški stres i poremećaji prilagođavanja

\*maksimalan iznos naknade **4257,28 kn**



## NAKON ILI UMJESTO PRIVREMENE SPRJEČENOSTI ZA RAD (BOLOVANJA)

\*temelje se na zaposlenju ili samozaposlenju roditelja

### DOPUST RADI NJEGE DJETETA

**KOLIKO:** 70% osnovice  
**2.328,20 kn** mjesečno

**GDJE:** HZZO prema mjestu  
prebivališta

**UVJETI:** Zaposleni i  
samozaposleni roditelji s  
punim radnim vremenom,  
ako drugi roditelj nije  
nezaposlen, odnosno ako živi  
sam s djetetom u zajedničkom  
kućanstvu (samohrani ili  
razvedeni roditelj)

### RAD S POLOVICOM PUNOG RADNOG VREMENA

**KOLIKO:** naknada neto plaće  
za preostalo radno vrijeme  
do punog radnog vremena,  
umanjeno za doprinose i  
poreze

**GDJE:** HZZO prema mjestu  
prebivališta

**UVJETI:** Zaposleni i  
samozaposleni roditelji s  
punim radnim vremenom,  
ako drugi roditelj nije  
nezaposlen, odnosno ako živi  
sam s djetetom u zajedničkom  
kućanstvu (samohrani ili  
razvedeni roditelj)

## DOPUST RADI NJEGE DJETETA

\*proračunska osnovica za 2020.  
godinu iznosi 3.326,00 kn

## RAD S POLOVICOM PUNOG RADNOG VREMENA

- najmanje 9 mjeseci  
neprekidnog osiguranja  
hjhili 12 mjeseci s prekidima  
u posljednje dvije godine  
(prethodno osiguranje),  
inače za vrijeme korištenja  
prava ima pravo na novčanu  
naknadu koja iznosi 70%  
proračunske osnovice

**-samozaposleni roditelj:**  
ima pravo na novčanu  
naknadu obračunatu u visini  
50% od osnovice za obračun  
doprinosa za obvezno  
zdravstveno osiguranje  
odnosno 50% od izabrane  
više mjesečne osnovice  
za obračun doprinosa pod  
uvjetom da je početak  
primjene više osnovice  
najmanje 6 mjeseci prije  
početka korištenja ovoga  
prava



## 1.4. OBRAZOVNI SUSTAV

### UPIS U SREDNJU ŠKOLU

#### UČENIK SA ZDRAVSTVENIM TEŠKOĆAMA

Završio je osnovno obrazovanje po **REDOVNOM PROGRAMU**

Pravo na **dodatan bod (1)** kod upisa u srednju školu  
**Redovne rang liste**

Dodatni bod (1) dodjeljuje **HZZ** (Služba za profesionalno usmjeravanje)

**Potrebna dokumentacija:**  
stručno mišljenje HZZ-a na temelju stručnog mišljenja nadležnog školskog liječnika i specijalističke medicinske dokumentacije

#### UČENIK S UTVRĐENIM TEŠKOĆAMA U RAZVOJU

Završio je osnovno obrazovanje po **POSEBNOM PROGRAMU**

**Posebne rang liste** učenika učenika s teškoćama u razvoju

**Potrebna dokumentacija:**  
Rješenje ureda za obrazovanje o primjerenom programu obrazovanja, stručno mišljenje HZZ-a, stručno mišljenje nadležnog školskog liječnika, specijalistička medicinska dokumentacija

## STUDENTI

## UPIS NA FAKULTET

## Prednost pri upisu na fakultet

Minimalno **60%** tjelesnog oštećenja prema nalazu Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje koji se šalje Agenciji za znanost i visoko obrazovanje

Prijeđen **razredbeni prag**  
Zadovoljene dodatne provjere sposobnosti (npr. umjetničke akademije)

Pravo na **individualizirano prilagođeni** način polaganja dodatnih znanja, vještina i sposobnosti

SMJEŠTAJ U  
STUDENTSKOM DOMU

## Prednost na smještaj

**60%** tjelesnog oštećenja prema nalazu Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje - **Izravno dobivanje mjesta u studentskom domu**

**50%** tjelesnog oštećenja prema nalazu Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje - Dodatni bodovi za dobivanje mjesta u studentskom domu



## 2. PRIJEVOZ

\*sve pogodnosti prijevoza ostvaruju se isključivo radi potreba liječenja djeteta

	AUTOCESTE	AUTOCESTE ZAGREB-MACELJ	ZAGREBPARKING	HRVATSKE ŽELJEZNICE	CROATIA AIRLINES	ZET	TRAJEKTI PRIJEVOZ
<b>Koliko?</b>	100% pokriveni troškovi	100% prolazaka	100kn mjesečna povlaštena karta (1., 2., 3. zona)	75% popusta na cijenu pojedine karte	Besplatna karta za 1 roditelja i 1 dijete	120kn mjesečna povlaštena karta	Besplatna karta za dijete, 1 roditelja u pratnji i vozilo
<b>Tko?</b>	Krijesnica	AZM	Zagrebparking	HŽ	Croatia Airlines	Zet	Jadrolinija
<b>Trajanje?</b>	Neograničeno- do isteka sredstava	6mj.-1 godinu	1 godinu	1 kalendarsku godinu	Jednokratno putovanje	Za vrijeme liječenja djeteta	Jednokratno putovanje
<b>Predaja zahtjeva?</b>	Krijesnica APP	Krijesnica APP	Krijesnica APP	Krijesnica APP	Krijesnica APP	Krijesnica APP	Jadrolinija: <a href="mailto:passdept_h@jadrolinija.hr">passdept_h@jadrolinija.hr</a>
<b>Potrebna dokumentacija?</b>	Putni nalog Računi od putovanja	Zahtjev u aplikaciji	Preslika osobne iskaznice vlasnika automobila (obje strane) Preslika prometne dozvole (obje strane) Nalaz medicinske dokumentacije	Zahtjev u aplikaciji	Nalaz medicinske dokumentacije	Nalaz medicinske dokumentacije Potvrda HZZ-a o nezaposlenosti (mjesečno) Preslika osobne iskaznice Fotografija 3x3,5cm Zahtjev za izdavanje pretplatne karte	Rješenje o tjelesnom oštećenju III. /IV. stupnja (rješenje o osobnoj invalidnici ili uvećanom doplatku) Preslika osobne iskaznice korisnika i pratitelja Preslika prometne dozvole automobila
<b>Kada?</b>	1-2 dana prije putovanja	2 tjedna prije putovanja	3 tjedna prije korištenja pogodnosti	2 tjedna prije putovanja	7 dana prije putovanja	Do 5. u mjesecu	5 dana prije putovanja

## ZNAK PRISTUPAČNOSTI

### Omogućava parkiranje na parkirališna mjesta za osobe s invaliditetom

**Gdje:** Ured državne uprave za promet prema mjestu prebivališta, odnosno Gradski ured za promet Grada Zagreba

**Uvjeti:**

- 1. korak - postupak **Ocjene stupnja tjelesnog oštećenja** na Hrvatskom zavodu za mirovinsko osiguranje čije se rješenje dostavlja državnom uredu za promet (roditelj ili HZMO)
- Može se koristiti samo kad vozilom upravlja osoba s invaliditetom ili se ta osoba nalazi u vozilu
- Izdaje se na razdoblje od 5 godina
- Znak pristupačnosti se lijepi u donji lijevi kut prednjeg vjetrobranskog stakla vozila

## PRIJEVOZ UČENIKA

**\*Za sve učenike s teškoćama u razvoju**

**OSNOVNA ŠKOLA:** osigurani prijevoz za dijete i 1 pratnju (kad je nužna), bez obzira na udaljenost od škole

**SREDNJA ŠKOLA:** pravo na nadoknadu troškova prijevoza (individualan prijevoz roditelja, prijevoz vlastitim školskim vozilom za prijevoz učenika, prijevoz ovlaštenog prijevoznika)

### **Tijek postupka:**

Zahtjev podnosi roditelj, Povjerenstvo škole donosi prijedlog o potrebi prilagođenog prijevoza i dostavlja ga Ministarstvu znanosti, obrazovanja i sporta

\*uz medicinsku dokumentaciju učenika, rješenje o primjerenom obliku školovanja, odluku povjerenstva škole, podacima o cijeni prijevoza po prijednom kilometru i prijedlog ugovora s odabranim prijevoznikom)

## SANITETSKI PRIJEVOZ

- osigurana osoba koja je: **nepokretna, teško pokretna i kojoj zbog prirode bolesti nije preporučeno samostalno kretanje**
- prema *nalogu* liječnika primarne zdravstvene zaštite koji je izdao uputnicu za liječenje, prema uputi ugovorenog liječnika ili nadležna osoba u regionalnom uredu HZZO-a
- do *najbližeg* ugovornog subjekta HZZO-a koji sa HZZO-om ima ugovorenu i *može pružiti* traženu zdravstvenu zaštitu
- osigurana osoba koja želi koristiti zdravstvenu zaštitu kod *drugog ugovornog subjekta HZZO-a*, a ne naznačenog na nalogu za sanitetski prijevoz nema pravo isti ostvariti na teret HZZO-a

## BESPLATNI PROLASCİ AUTOCESTOM

### Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike

- SMART kartica za besplatne prolasci autocestom pod upravljanjem Hrvatskih autocesta (HAC)

#### Uvjeti:

- osoba s invaliditetom vlasnik vozila
- minimalno 80% tjelesnog oštećenja donjih ekstremiteta ili oštećenje osjetila vida od 100% -Nalaz i mišljenje Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje



## NAKNADA ZA TROŠKOVE PRIJEVOZA U VEZI S KORIŠTENJEM ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

- pravo na naknadu za troškove prijevoza ako je osoba upućena **IZVAN MJESTA PREBIVALIŠTA/BORAVIŠTA** radi korištenja zdravstvene zaštite iz područja obaveznog zdravstvenog osiguranja prema uputi izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite
- **neovisno o udaljenosti između mjesta prebivališta odnosno boravišta i mjesta u kojem se nalazi zdravstvena ustanova** -za djecu do 18.godina, djecu koja su postala potpuno i trajno nesposobna za samostalan život i rad prije 18. godine odnosno nakon 18. godine, ako ih osiguranik uzdržava te za osigurane osobe u vezi s korištenjem **radioterapije i kemoterapije**
- uvjet da ne ispunjava uvjete za korištenje **sanitetskog prijevoza**
- smatra se da je **djeci** do 18 god. uvijek **potrebna pratnja**
- **odobrava HZZO** prema mjestu prebivališta/boravišta na temelju **Putnog naloga** kojeg izdaje doktor primarne zdravstvene zaštite

# 3. SMJEŠTAJ OBITELJI ZA VRIJEME LIJEČENJA

**\*Za obitelji s prebivalištem izvan  
Zagrebačke županije**

## UDRUGA KRIJESNICA

Za obitelji čije je dijete na liječenju na Institutu za tumore u Zagrebu:

**Grada Mainza 21**, Stan za 3 obitelji

**Sv. Duh 5**, Stan za 3 obitelji

Kontakt: **Zoran Mitrović, 091 791 8185**, zoran.mitrovic@krijesnica.hr

Za obitelji čije je dijete na liječenju na KBC-u Rebro u Zagrebu:

**Jordanovac 111**, stan za 2 obitelji

**Jazbina 16**, stan za 2 obitelji

Kontakt: **Dunja Lačan 095 33 66 999**, dunja@krijesnica.hr

## UDRUGA LJUBAV NA DJELU

**Prilaz Gjure Deželića 31, Zagreb**, stan za 3 obitelji

Kontakt: **Suzana Paša, 091 424 3442**, info@ljubavnadjelu.hr

## KLUB HEO

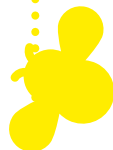
**Gajeva 28, Zagreb**, stan za 2 obitelji

Kontakt: **Krešo Celić, 095 356 99 97**, klubheo@gmail.com

## FRA MLADEN HRKAČ

**Trg Stjepana Radića 3, Lašćinska cesta 94 (2 stana), Lašćinska cesta 92, Jordanovac 67, Sveti Duh 69/1, Bukovačka cesta 41, Zagreb**, stanovi za 17 obitelji, odnosno do 65 osoba

Kontakt: **099 553 3111, 01/55 33 111**, info@humh.hr



## UDRUGA MOJE DIJETE

Emanuela Vidovića 3C, Novo Brestje, Sesvete, stan za 3 obitelji  
Kontakt: **Sonja Kućinec, 091 6002 417**, mojedijete@mojedijete.hr

## UDRUGA HRVATSKA ŽENA

Smještaj za obitelji s područja s Vukovarsko-srijemske županije  
**2.Maksimirsko naselje, Zagreb**, stan za 2 obitelji  
Kontakt: **Helena Kuharić, 098 587 530**, kuharichelena@gmail.com

## UDRUGA SLAP

Za obitelji s područja Brodsko-posavske županije  
**Ljudevita Posavskog 27d, Jelkovec, Sesvete**, stan za 3 obitelji  
Kontakt: **Davor Piršljin, 091 1909 500**, slapslavonskibrod@gmail.com

## UDRUGA SANUS

Za obitelji s područja Splitsko- dalmatinske županije  
**Baruna Filipovića 13, Zagreb**, stan za 3 obitelji  
Kontakt: **Ivanka Krivaja, 098 361 526**, sanus@st.t-com.hr

## UDRUGA ZAJEDNO DO ZDRAVLJA

Za obitelji s područja Dubrovačko-neretvanske županije  
**Miroslava Milića 5, Zagreb**, stan za 4 obitelji  
Kontakt: **Roberto Machiedo, 091 356 1911**

## „FRA ANTE ANTIĆ“

Za obitelji čije je dijete na liječenju na KBC-u Rebro u Zagrebu:  
**Trpinjska ulica, Svetice 10 000, Zagreb**, stan za 2 obitelji  
Kontakt: **Stjepan Kelčić, 095 5814 183**, udruga.faa@gmail.com

## UDRUGA ANĐELI

Za obitelji s područja Splitsko-dalmatinske županije  
**Goljak 34, Zagreb**, stan za 2 obitelji  
Kontakt: **Mirjana Mutak, 091 1874 715**, mirjana@andjeli.hr  
**Anka Đikić, 091 1874 713**, anka@andjeli.hr



## 4. DODATNE POGODNOSTI

### PERIKE ZA DJECU NA LIJEČENJU

- Izrada individualizirane perike za dijete na liječenju
- Predaja zahtjeva kroz web aplikaciju Krijesnice
- Besplatno



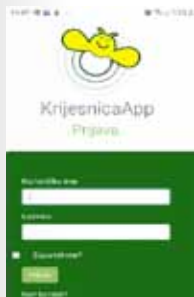
### PRIJEVODI MEDICINSKE DOKUMENTACIJE

- Prijevod medicinske dokumentacije prema naputku nadležnog liječnika pedijatrijske onkologije i hematologije
- Predaja zahtjeva kroz web aplikaciju Krijesnice
- Besplatno

### SLANJE MEDICINSKIH UZORAKA DHL-om

- Slanje uzoraka tkiva i sl. prema naputku nadležnog liječnika pedijatrijske onkologije i hematologije
- Besplatno

## 5. UPUTE ZA REGISTRACIJU U WEB APLIKACIJU KRIJESNICA APP



1. U Google tražilicu ili u traku za pretraživanje upišite [app.krijesnica.hr](http://app.krijesnica.hr)
2. Na početnoj stranici aplikacije kliknite na Novi korisnik



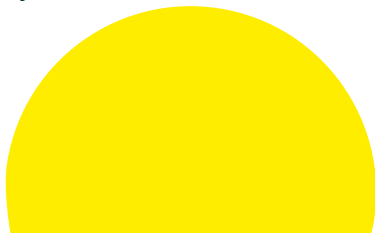
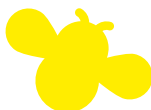
3. U sljedećem koraku kreirate korisničko ime u formatu ime.prezime (bez dijakritičkih znakova č,ć,š,dž,đ), npr. ivan.horvat
4. Kreirate lozinku pomoću koje ćete ubuduće „ulaziti“ u aplikaciju
5. Upišete važeću mail adresu, npr. Ivan.horvat@gmail.com (napomena: vlastoručno upišite mail adresu umjesto automatskog preuzimanja mail adrese iz npr. memorije mobitela)
6. Označite vrstu Korisnika-Roditelj
7. Unesite vlastite osobne podatke: ime, prezime, datum rođenja, spol, adresa, broj mobitela
8. Unesite podatke o djetetu: ime, prezime, datum rođenja, spol, bolnicu, dijagnozu te ime nadležnog liječnika
9. Označite kvadratić Prihvaćam uvjete registracije
10. Pričekajte da se potvrdi Vaša registracija od strane zaposlenika Krijesnice (dolazi potvrda putem maila)

## 16. UPUTE ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA REFUNDIRANJE TROŠKOVA AUTOCESTE

1. Registrirajte se kao Novi korisnik-Roditelj u Krijesnica APP-u
2. Nakon potvrde registracije, kada uđete u APP (pomoću korisničkog imena i lozinke) odaberite opciju Zahtjevi u izborniku s lijeve strane



3. Kliknite na zahtjev Autoceste
4. Unesite datum putovanja i povratka te podatke o automobilu te IBAN na koji želite primiti refundaciju troškova
5. Čuvajte račun od plaćanja cestarine
6. Nakon što je zahtjev za Autocestom potvrđen od strane zaposlenika Krijesnice, na mail adresu vam dolazi Putni nalog kojeg printate i ispunite prema uputama u mailu (uz vlastoručni potpis)
7. Isprintani Putni nalog i račune od putovanja te ih pošaljite poštom na adresu Udruge Krijesnica, Prilaz Gjуре Deželicia 50, 10 000 Zagreb
8. Po primitku računa i ispunjenog putnog naloga Krijesnica isplaćuje sredstva na račun korisnika





# KRIJESNICA

udruza za pomoć djeci i obiteljima  
suočenim s malignim bolestima

---

Prilaz Gjure Deželića 50, 10000 Zagreb, HR  
TEL 01 3770 477 FAX 01 4655 343  
EMAIL [krijesnica@krijesnica.hr](mailto:krijesnica@krijesnica.hr)  
[www.krijesnica.hr](http://www.krijesnica.hr)

## KONTAKTI

**Dunja Lačan**

095 33 66 999

[dunja@krijesnica.hr](mailto:dunja@krijesnica.hr)

**Zoran Mitrović**

091 791 8185

[zoran.mitrovic@krijesnica.hr](mailto:zoran.mitrovic@krijesnica.hr)

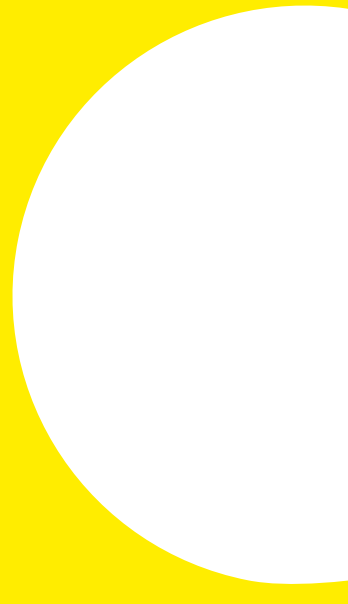
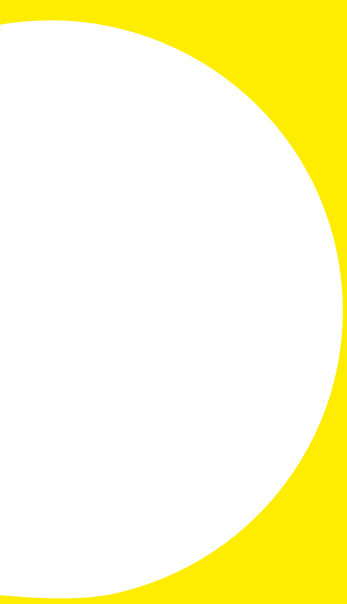
**Jelena Češljar**

091 614 5388

[jelena.cesljar@krijesnica.hr](mailto:jelena.cesljar@krijesnica.hr)

01/3770 027

[krijesnica@krijesnica.hr](mailto:krijesnica@krijesnica.hr)



**KRIJESNICA**

udruuga za pomoć djeci i obiteljima  
suočanim s malignim bolestima