



Подносилац захтјева:

МГ О 04-63

ПРЕЗИМЕ:
ИМЕ:
ИМЕ ЈЕДНОГ РОДИТЕЉА:
КОНТАКТ АДРЕСА:
КОНТАКТ ТЕЛЕФОН:

МИНИСТАРСТВО РАДА И БОРАЧКО-ИНВАЛИДСКЕ ЗАШТИТЕ
БАЊА ЛУКА
ПУТЕМ
ОРГАНА УПРАВЕ НАДЛЕЖНОГ ЗА БОРАЧКО-ИНВАЛИДСКУ
ЗАШТИТУ
ОПШТИНЕ МРКОЊИЋ ГРАД

ПРЕДМЕТ: *Захтјев за додјелу једнократне новчане помоћи за здравствену заштиту*

Како услед објективних околности не могу остварити право на здравствену заштиту, јер обвезник уплате доприноса не уплаћује доприносе за здравствено осигурање, молим вас да ме уврстите у приоритет за додјелу једнократне новчане помоћи. _____

ФОТОКОПИРАНА ДОКУМЕНТА ТРЕБАЈУ ДА БУДУ ОВЈЕРЕНА-

Уз захтјев прилажем следеће :

1. Рјешење надлежног органа о оствареном статусу, односно доказ о средству са погинулим (умрлим) борцем,
2. изјава о заједничком домаћинству (кућна листа),
3. доказ о личним примањима подносиоца захтјева, и чланова његовог породичног домаћинства, а уколико их не остварује, овјерена изјава да не остварју лична примања,
4. потврда од Завода за запошљавање за подносиоца захтјева, ако је незапослен, као и за незапослене чланове његовог домаћинства,
5. доказ о висини потребних средстава: рачуни и предрачуни и сл. (уколико посједује такав доказ),
6. рјешење Фонда здравственог осигурања РС донесеним у поступку по захтјеву о одобравању трошкова лијечења (уколико је Фонд рјешавао),
7. медицинска документација која не може бити старија од шест мјесеци у односу на датум подношења захтјева, ,
8. копија текућег рачуна и
9. копија личне карте уз потписану сагласност странке за кориштење личних података.

У Мркоњић Граду,
дана _____ године

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЈЕВА