

ПРЕЗИМЕ:
ИМЕ:
ИМЕ ЈЕДНОГ РОДИТЕЉА:
ЈМБ
БРОЈ ЛИЧНЕ КАРТЕ И МУП:
АДРЕСА СТАНОВАЊА
ИЛИ КОНТАКТ АДРЕСА:
КОНТАКТ ТЕЛЕФОН:

**РЕПУБЛИКА СРПСКА
ОПШТИНА КОЗАРСКА ДУБИЦА
НАЧЕЛНИК
АДМИНИСТРАТИВНА СЛУЖБА
ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА ОПШТУ УПРАВУ И
БОРАЧКО ИНВАЛИДСКУ ЗАШТИТУ
Одјек за борачко-инвалидску заштиту**

**ПРЕДМЕТ: Захтјев за додјелу једнократне новчане помоћи у складу са
Критеријима за додјелу једнократних новчаних помоћи за здравствену
заштиту корисницима права из области борачко-инвалидске заштите у
2007. години.-**

Обраћам Вам се са захтјевом да ми се одобри једнократна новчана помоћ за
здравствену заштиту по основу признатог статуса
из _____ разлога

УЗ ЗАХТЈЕВ ПРИЛАЖЕМ:

1. Рјешење о признатом статусу,
2. доказ да се налазим у стању социјалне потребе,
3. изјава о заједничком домаћинству (кућна листа),
4. налаз и мишљење надлежне здравствене установе о основаности лијечења који не може бити старији од 6 мјесеци у односу на датум подношења захтјева,
5. доказ о висини потребних средстава: рачуни, предрачуни и слично,
6. рјешење Фонда здравственог осигурања РС донесеним у поступку по захтјеву за одобравање трошкова лијечења,
7. копија текућег рачуна и личне карте.

У Коз Дубици, _____ године

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЈЕВА:
