
(Prezime, ime oca i ime podnosioca zahtjeva)

(Broj lične karte)

(Adresa i kontakt telefon)

OPĆINA JABLANICA

ZAHTJEV ZA JEDNOKRATNU NOVČANU POMOĆ ZA LIJEČENJE

OBRAČAM SE OVIM ZAHTJEVOM DA MI ODOBRITE JEDNOKRATNU NOVČANU POMOĆ ZA LIJEČENJE

- ZA TROŠKOVE LIJEČENJA: _____

IME I PREZIME LICA KOJE SE LIJEČI I SRODSTVO

U skladu sa Odlukom o dopunskim pravima branilaca i članova njihovih porodica na području općine Jablanica Broj:02-02-300-5/19-XXXV od 27.12.2019.godine

Odlukom o kriterijima i postupku za odobravanje jednokratne novčane pomoći za stanje teške bolesti: akutna tuberkuloza, maligna oboljenja, endemska nefropatija, hirurška intervencija na srcu i mozgu, sve vrste degenerativnih oboljenja centralnog nervnog sistema, infarkt (srčani i moždani) i oboljenje mišićnog sistema branilaca i članova njihovih porodica.

(zaokružiti odgovarajući status)

- ratni vojni invalid _____ %
- porodice šchida/ poginulog branioca
- demobilisanog branioca
- nosilac ratnog odlikovanja

Uz zahtjev za troškove liječenja priložiti slijedeću dokumentaciju

1. Uvjerenje kojim se dokazuje pripadnost boračkoj populaciji
2. Medicinsku dokumentaciju izdatu od strane specijaliste uz određene specijalističke pretrage
3. Kućna lista ako se pomoć traži za člana porodičnog domaćinstva
4. Uvjerenje o prebivalištu – CIPS za podnosioca zahtjeva
5. Broj tekućeg računa podnosioca zahtjeva

U Jablanici, _____

Podnosilac zahtjeva
