

Подносилац захтјева:		Шифра: 02.12.
Име и презиме		(ОТИСАК ПРИЈЕМНОГ ШТАМБИЉА)
Адреса		
Контакт телефон		

РЕПУБЛИКА СРПСКА

ГРАД ТРЕБИЊЕ

ГРАДОНАЧЕЛНИК

ГРАДСКА УПРАВА

ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА БОРАЧКУ И СОЦИЈАЛНУ ЗАШТИТУ

ЗАХТЈЕВ: ПРИЗНАВАЊЕ ПРАВА ЗА ЈЕДНОКРАТНУ НОВЧАНУ ПОМОЋ ЗА ЛИЈЕЧЕЊЕ

Образложење захтјева

ДОКУМЕНТАЦИЈА			
Назив документа	Институција	Форма	Коментар
<input type="checkbox"/> Доказ о пребивалишту	МУП РС	Копија	-
<input type="checkbox"/> Налаз и мишљење надлежне здравствене установе о основаности лијечења (не старији од 6 мјесеци)	Надлежна здравствена установа	Оригинал / овјерена копија	-
<input type="checkbox"/> Рјешење о признатом статусу борца, РВИ, породице погинулог борца	Одјељење за борачку и социјалну заштиту	Копија	Прибављање по службеној дужности (подносилац захтјева не плаћа таксу/накнаду)
<input type="checkbox"/> Рјешења Фонда здравственог осигурања о одобрењу лијечења (уколико је Фонд рјешавао)	Фонд здравственог осигурања РС	Оригинал / овјерена копија	-
<input type="checkbox"/> Доказ о висини потребних средстава за лијечење (предрачун или рачун)	Надлежна здравствена установа	Оригинал / овјерена копија	-
<input type="checkbox"/> Рјешење Центра за социјални рад или увјерење Завода за запошљавање (за незапослене)	Центар за социјални рад или Завод за запошљавање	Оригинал / овјерена копија	-
<input type="checkbox"/> Текући рачун	Банка	Копија	-
<input type="checkbox"/> Кућна листа	Одјељење за општу управу	Оригинал	-
<input type="checkbox"/> Доказ о личним примањима подносиоца захтјева и чланова његовог домаћинства	Послодавац	Оригинал / овјерена копија	
<input type="checkbox"/> Лична карта уз потписану сагласност странке за коришћење личних података	МУП	Овјерена копија	

ТАКСЕ И НАКНАДЕ			
Назив таксе/накнаде	Износ таксе/накнаде	Број рачуна	Позив на бр./коментар
-	-	-	-

Рок за рјешавање уредног предмета (са потпуном документацијом): Рок за преглед потпуности захтјева и упућивање надлежном министарству 5 дана.

Вријеме важења одлуке по захтјеву (дани): 5 година

Напомена: Рјешавање у надлежности Министарства рада и борачко-инвалидске заштите.

(Датум подношења захтјева)

(Потпис подносиоца захтјева)