

|                             |  |                               |
|-----------------------------|--|-------------------------------|
| <b>Подносилац захтјева:</b> |  | <b>Шифра 11.04.</b>           |
| Презиме и име               |  | ( ОТИСАК ПРИЈЕМНОГ ШТАМБИЉА ) |
| Контакт адреса              |  |                               |
| Контакт телефон             |  |                               |

**РЕПУБЛИКА СРПСКА**  
**ГРАД ТРЕБИЊЕ**  
**ГРАДОНАЧЕЛНИК**  
**ГРАДСКА УПРАВА**  
**СТРУЧНА СЛУЖБА ГРАДОНАЧЕЛНИКА**  
**ЗАХТЈЕВ: ЈЕДНОКРАТНА НОВЧАНА ПОМОЋ**

У коју сврху се тражи помоћ (задовољавање основних животних потреба, покривање трошкова лијечења, трошкови становања и комуналних услуга)

Остале напомене

| <b>ДОКУМЕНТАЦИЈА</b>  |                                |                 |          |
|---|--------------------------------|-----------------|----------|
| Назив документа   | Институција                    | Форма           | Коментар |
| <input type="checkbox"/> Лична карта подносиоца захтјева  | МУП РС                         | Копија          | -        |
| <input type="checkbox"/> Текући рачун подносиоца захтјева   | Банка                          | Копија          | -        |
| <input type="checkbox"/> Кућна листа  | Одјељење за општу управу       | Оригинал        | -        |
| <input type="checkbox"/> Увјерење од Завода за запошљавање за све пунољетне чланове домаћинства да се налазе на евиденцији Завода                             | Завод за запошљавање           | Овјерена копија | -        |
| <input type="checkbox"/> Просјек плате за претходна 3 мјесеца (за запослене)  | Послодавац                     | Оригинал        | -        |
| <input type="checkbox"/> Чек од пензије (за пензионере)   | Фонд ПИО                       | Копија          | -        |
| <input type="checkbox"/> Медицинска документација (налази, упутнице, рецепти и сл) не старији од 6 мјесеци - уколико се тражи суфинансирање трошкова лијечења | Надлежна здравствена установа  | Копија          | -        |
| <input type="checkbox"/> Упутница Фонда здравственог осигурања РС (уколико се тражи суфинансирање трошкова лијечења ван мјеста становања)                     | Фонд здравственог осигурања РС | Овјерена копија | -        |
| <input type="checkbox"/> Предрачун или рачун за трошкове лијечења и рачун за купљене лијекове (уколико се тражи суфинансирање за те трошкове)                 | Надлежна здравствена установа  | Копија          | -        |

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

Рок за рјешавање уредног предмета (са потпуном документацијом): 15 дана (3 дана за преглед потпуности захтјева)

Вријеме важења одлуке по захтјеву (дани): До исплате новчаних средстава

\_\_\_\_\_  
(Датум подношења захтјева)

\_\_\_\_\_  
(Потпис подносиоца захтјева)