



PA

Ime (ime jednog roditelja) i prezime: _____
Naziv pravnog subjekta: _____
Adresa stanovanja /sjedišta: _____
Broj telefona. FAX-a i mob: _____
Adresa za dostavu pošte: _____

Općina Novi Grad Sarajevo
Služba za boračka pitanja, rad, socijalna pitanja i zdravstvo

Predmet: Zahtjev za pomoć u liječenju

Obraćam Vam se zahtjevom da mi odobrite finansijsku pomoć za liječenje _____

Uz zahtjev je potrebno priložiti:

1. Medicinsku dokumentaciju ne stariju od šest mjeseci,
2. Preporuku nadležne medicinske ustanove za liječenje u inostranstvu,
3. Prijava mjesta prebivališta (ne starija od šest mjeseci);
4. Predračun za troškove kupovine lijekova ili troškova liječenja,
5. Račun za troškove kupovine lijekova, troškova liječenja, odnosno za troškove putovanja u inostranstvo (za liječenje koje je potrebno obaviti u inostranstvu),
6. Kopija bankovne instrukcije za plaćanje (pribavlja se naknadno samo od podnosioca zahtjeva koji ostvare pravo na novčanu pomoć)
7. Ovjerenu punomoć ili rješenje o starateljstvu,

Napomena za taksu: Shodno odredbi člana 8. i 9. Zakona o administrativnim taksama ("Službene novine Kantona" broj 30/01- prečišćen tekst, 22/02, 10/05 i 26/08) podnosilac zahtjeva je oslobođen plaćanja administrativne takse.

Shodno članu 5. Zakona o zaštiti ličnih podataka („Službeni glasnik BiH“ broj; 49/06, 76/11 i 89/11) kao nosilac gore navedenih i dostavljenih podataka saglasan/saglasna sam da Općinske/Gradske službe vrši obradu istih u svrhu rješavanja po zahtjevu, trajno.

Podnosilac zahtjeva:

U Sarajevu _____ 2021___godine