ОУ-58

Подносилац захтјева	
Име и презиме	
Адреса становања	
ЈМБГ	
Контакт телефон	

ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА ОПШТУ УПРАВУ

ПРЕДМЕТ: ЈЕДНОКРАТНЕ НОВЧАНЕ ПОМОЋИ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ У СКЛАДУ СА КРИТЕРИЈУМИМА КОЈЕ ДОНОСИ МИНИСТАРСТВО РАДА И БОРАЧКО-ИНВАЛИДСКЕ ЗАШТИТЕ

Д О К У М Е Н Т А Ц И Ј А			
Назив документа	**Институција**	**Форма**	**Коментар**
Рјешење надлежног органа о оствареном статусу	Општина	Оригинал	-
Изјава - кућна листа	Општина	Оригинал	-
Потврда о висини укупних мјесечних примања (доказ о незапослености)	Фирма гдје подносиоц захтјева ради или чек од пензије или инвалиднине или увјерење о незапсолености	Овјерена копија	-
Медицинска документација која није старија од 6 мјесеци	Надлежна медицинска установа	Овјерена копија	-
Рачун за лијекове (уколико подносилац захтјева има)	Надлежна медицинска установа	Овјерена копија	-
Лична карата	Документ који странка посједује	На увид	-
Копија текућег рачуна	Документ који странка посједује	Овјерена копија	-

Т А К С Е И Н А К Н А Д Е			
Назив таксе/накнаде	**Износ таксе/накнаде**	**Број рачуна**	**Позив на бр./коментар**
-	-	-	-

Рок за рјешавање уредног предмета (са потпуном документацијом): **30 дана**

Вријеме важења одлуке по захтјеву (дани): **Неограничено**

Напомена:
Рок за преглед потпуности захтјева 2 дана.

(Датум подношења захјтева)

(Потпис подносиоца захтјева)