

PODNOŠILAC ZAHTJEVA:



Prezime	
Ime	
Ime roditelja	
JMB	
Adresa stanovanja	
Kontakt telefon	

**OPĆINA VOGOŠĆA
SLUŽBA ZA BORAČKO INVALIDSKU,
SOCIJALNU ZAŠTITU I RASELJENA LICA**

PREDMET: ZAHTJEV ZA UČEŠĆE U TROŠKOVIMA LIJEČENJA

Obraćam Vam se sa zahtjevom da mi odobrite novčana sredstva na ime učešća u troškovima liječenja:

a) Lično b) Člana porodice *(zaokružiti)*

Potrebna dokumentacija:

1. Kućna lista
2. Kopija LK i prijave mjesta boravka (za sve punoljetne članove)
3. Dokaz o statusu podnosioca zahtjeva (Rješenje o invalidnini ili Uvjerenje o učešću u O/S)
4. Potvrda o prihodima za sve članove domaćinstva (BIZ, CŽR, Poresko uvjerenje, plaća, BIRO)
5. Ovjerene fotokopije medicinskih nalaza
6. Preporuka Ljekara o terapiji
7. Predračun troškova liječenja

Vogošća, _____ 200__ . godine

PODNOŠILAC ZAHTJEVA

L.K. _____ P.U. _____

Napomena:

Navedite kontakt adresu, ukoliko to nije adresa stanovanja _____