

**ПРЕДМЕТ: Једнократна новчана помоћ за здравствену заштиту
корисницима права из области борачко-инвалидске заштите и
заштите цивилних жртава рата **путем Министарства рада и БИЗ**
(назив административног/управног поступка)**

ИМЕ _____
ПРЕЗИМЕ _____
ИМЕ РОДИТЕЉА _____
ДАТУМ И МЈЕСТО РОЂЕЊА _____

ЈМБ _____
ЛИЧНА КАРТА _____
(број и мјесто издавања)

АДРЕСА СТАНОВАЊА _____

КОНТАКТ ТЕЛЕФОН _____

Образложење захтјева:

Прилози и форма документа:

Редни број	Назив документа	Документ издаје/ посједује	Форма	Коментар
1.	Текући рачун	Банка	Копија	
2.	Медицинска документација	Надлежна здравствена установа	Копија	
3.	Лична карта	МУП	Копија	
4.	Рјешење о оствареном статусу	Одјељење за борачко инвалидску заштиту	Овјерена копија	
5.	Изјава о заједничком домаћинству	Одјељење за општу управу	Оригинал	
6.	Доказ да материјалне могућности не обезбјеђују адекватно лијечење	Надлежна установа	Овјерена копија	
7.	Налаз и мишљење о основаности лијечења	Надлежна здравствена установа	Овјерена копија	
8.	Рјешење о одобрењу трошкова лијечења	Фонд здравственог осигурања	Овјерена копија	(ако су одобрени)
9.	Доказ о висини потребних средстава(рачуни, предрачуни и слично)	Надлежне установе	Оригинал	

Напомена: Сва документација се прилаже у два примјерка, обавезно овјерене копије.

Рок за рјешавање захтјева странке: Рок за рјешавање потпуног захтјева странке 60 дана.

Назив и висина таксе и/или накнаде: /

У Прњавору,

Подносилац захтјева

Дана _____

ШИФРА: БИЗ 23