

Ime	
Prezime	
Ime roditelja	
JMB	
Općina, adresa	
Kontakt telefon	

--

HERCEGOVAČKO-NERETVANSKA ŽUPANIJA
Ministarstvo zdravstva, rada i socijalne skrbi

ZAHTEJEV ZA IZUZETNU POMOĆ

Obraćam se ovim zahtjevom da mi odobite jednokratnu izuzetnu novčanu pomoć koja mi je potrebna zbog: _____

Uz zahtjev za izuzetnu novčanu pomoć prilažem sljedeću dokumentaciju:

- preslik osobne iskaznice,
- potvrda o prijavi prebivališta,
- kućna lista ovjerena od mjerodavnog tijela,
- broj bankovnog računa podnosioca zahtjeva (preslik kartice ili potvrda od banke),
- dokaz da su se osoba, odnosno članovi kućanstva našli u stanju socijalne potrebe (bolest, smrt člana obitelji, elementarna nepogoda, požar i sl.),
- dokaz o prihodima podnosioca zahtjeva i članova kućanstva (potvrda o primanjima iz radnog odnosa, ček od mirovine ili uvjerenje od Zavoda MIO, uvjerenje o ostvarenim pravima po propisima iz braniteljsko-invalidske zaštite, zaštite civilnih žrtava rata i zaštite osoba s invaliditetom, uvjerenje o poreznom zaduženju),
- uvjerenje Službe za zapošljavanje da se vodi u evidenciji nezaposlenih osoba (ukoliko su podnositelj zahtjeva i članovi kućanstva nezaposleni),
- mišljenje nadležnog centra za socijalni rad o postojanju socijalne potrebe za podnosioca zahtjeva i članove kućanstva.

Napomena: Tražena dokumentacija ne smije biti starija od 6 mjeseci. Nepotpuna dokumentacija neće biti razmatrana.

Zahtjev se predaje osobno ili putem pošte na adresu: Ministarstvo zdravstva, rada i socijalne skrbi, Stjepana Radića br. 3, 88000 Mostar.

Datum, _____.____.201____.godine

Podnositelj zahtjeva
