

ИЗЈАВА

Ја, _____, ЈМБГ _____ са пребивалиштем
(име и презиме подносиоца захтева)

У _____, на адреси _____, у циљу
(место) (улица и број)

утврђивања права на финансијску подршку лечења малолетне деце са пребивалиштем на територији општине Кула, **под пуном кривичном и материјалном одговорношћу**, изјављујем да трошкови лечења, трошкови оперативних захвата, трошкови за набавку лекова, ортопедских помагала, спровођења дијагностичких поступака и трошкови других медицинских процедура нису обухваћени у потпуности, или су делимично обухваћени обавезним здравственим осигурањем преко РФЗО-а, или неким другим путем за дете _____ рођено _____, из _____, са пребивалиштем на адреси _____, већ је породица принуђена да их сноси из личних средстава.

У Кули, дана _____ . године

(Потпис)