

**РЕПУБЛИКА СРБИЈА**

**ОПШТИНА КУЛА**

**ЗАХТЕВ ЗА ФИНАНСИЈСКУ ПОДРШКУ ЛЕЧЕЊА МАЛОЛЕТНЕ ДЕЦЕ СА  
ПРЕБИВАЛИШТЕМ НА ТЕРИТОРИЈИ ОПШТИНЕ КУЛА**

На основу Правилника о финансијској подршци за лечење малолетне деце са пребивалиштем на територији општине Кула ("Службени лист општине Кула", број /)

Име и презиме подносиоца захтева/ датум рођења

Име и презиме детета/ датум рођења

Адреса подносиоца захтева

Број текућег рачуна

Уз захтев достављам:

РБ	Документа	Форма документа
1.	Уверење о држављанству Републике Србије подносиоца захтева	Оригинал
2.	Уверење о држављанству Републике Србије детета	Оригинал
3.	Уверење о пребивалишту подносиоца захтева	Оригинал
4.	Уверење о пребивалишту детета	Оригинал
5.	Очитана лична карта подносиоца захтева	
6.	Процена, потврда или мишљење доктора медицине, специјалиста педијатрије да дете болује од ретке или тешке болести	Оригинал
7.	Медицинска документација које захтева и Републичка лекарска комисија РФЗО	Фотокопија
8.	Потписана изјава дата под кривичном и материјалном одговорношћу од стране подносиоца захтева да лечење детета или побољшање квалитета живота детета у захтеваној мери није остварена у целости или делимично путем обавезног здравственог осигурања преко РФЗО-а, или неким другим путем	Оригинал
9.	Образложити за шта су потребна финансијска средства и приложити рачун, предрачун или ценовник	

Контакт телефон

Потпис