

ZAHTJEV ZA ISPLATU OSTALIH TROŠKOVA

Ime i prezime _____; Datum rođenja _____

Broj akreditacije _____; Broj telefona _____

Zaposlen kod _____

Broj nezaposlene djece _____; Dali je suprug/a zaposlen/a _____

Prosječna plaća u posljednja 3 mjeseca-podnosioca zahtjeva _____

supruga/supruge _____.

Razlog za traženje pomoći-pozajmice: _____

Vrsta pomoći: _____

_____; _____
/ Naziv i broj banke/ /Broj Vašeg tekućeg računa/

Datum

Podnositelj zahtjeva

Napomena :

Zahtjevu priložiti:

- *liječničke nalaze vezano za bolest*

- *predračun ili račun za banjsko liječenje, lijekove, ortopedska pomagala, participacije i sl.*

- *kopija bankovne kartice uz čitak potpis*

O rješenju Vašeg zahtjeva obavijestiti ćemo Vas pismeno ili telefonski odmah nakon sjednice Komisije Fonda solidarnosti za liječenje.