



ЗАХТЕВ ЗА СОЛИДАРНУ ПОМОЋ
(донација - за дете или брачног друга)

Број: *** /20**

(назив организационог дела)

КОМИСИЈИ ЗА СОЛИДАРНУ ПОМОЋ¹

На основу члана 59. Колективног уговора за НИС а.д. Нови Сад и чл. 11. и 19. Правилника о ближим условима остваривања права и начину исплате солидарне помоћи (у даљем тексту: Правилник), подносим захтев за солидарну помоћ:

(име и презиме запосленог и САП број)

који обавља послове:

(назив радног места)

(назив ужег организационог дела)

1. Молим да за *(заокружити одговарајућу реч и попунити потребним подацима о лицу за које се подноси овај захтев):*

брачног друга

(име и презиме брачног друга)

дете:

(име и презиме детета и датум рођења)

одобрите донацију због *(заокружити одговарајуће слово):*

А- Здравственог проблема запосленог, или члана његове уже породице, који није покривен важећим Правилником, нити се може решити из здравственог осигурања Републике Србије, чија се озбиљност мора хитно разматрати;

Б - Трагедије у породици

2. Подаци о трошковима:

(заокружити број 1. ако се тражи плаћање, када трошкови нису унапред плаћени, односно број 2. ако се тражи накнада-рефундација када су трошкови плаћени)

¹ Захтев за солидарну помоћ подноси се посебно за свако лице за које се тражи солидарна помоћ.



ЗАХТЕВ ЗА СОЛИДАРНУ ПОМОЋ (донација - за дете или брачног друга)

Број: *** /20**

2.1 Трошкови НИСУ ПЛАЋЕНИ. Тражим да извршите уплату:

здравственој установи	
на текући рачун бр.	
који се води код	

2.2 Трошкови СУ ПЛАЋЕНИ. Тражим да ми накнадите (рефундирасте) трошкове уплатом на:

на текући рачун бр.	
који се води код	

Као доказ да су испуњени услови утврђени Правилником, прилажем:

1. доказ специјалистичке здравствене установе, односно налаз лекара специјалисте о дијагностификованој болести, односно потреби лечења, операције, испитивања на скенеру и магнетној резонанци, набавке помагала, набавке лекова, лечење у бањи или климатском лечилишту – у зависности од тога на име чега се тражи плаћање.
2. предрачун, рачун или др. зависно од тога да ли су трошкови плаћени:

ако <u>трошкови нису плаћени</u> (заокружен је бр. 2.1.):	ако су <u>трошкови плаћени</u> (заокружен је бр.2. 2.):
– предрачун (профактуру) здравствене установе/апотеке са бројем текућег рачуна на који се врши уплата, који садржи спецификацију здравствених услуга које ће се обавити, односно спецификацију лекова који се плаћају,	– рачун здравствене установе на основу кога је запослени извршио уплату, – општу уплатницу (признаницу) о плаћеним трошковима на текући рачун здравствене установе када је плаћање извршено преко банке или ПТТ, или фискални рачун или благајнички извештај о извршеној уплати са потписом и печатом или признаницу (потврду) да је уплата извршена у здравственој установи,

3. рецепте лекара - за лекове који се налазе на позитивној листи.
4. када се захтев подноси за дете:
 - фотокопију здравствене књижице детета као доказ да је дете осигурано преко родитеља,
 - фотокопију Извода из матичне књиге рођених
- када се захтев подноси за брачног друга:
 - фотокопију здравствене књижице бр. друга
 - потврду из Националне службе за запошљавање као доказ да брачни друг није запослен,
 - фотокопију Извода из матичне књиге венчаних (или оверену Изјаву у Општини или Суду, као доказ о ванбрачној заједници).

	Потпис подносиоца захтева	
(Место)	ЈМБГ	
	Адреса	
(Датум)	Мобилни телефон,	
	Телефон на радном месту:	
	e-mail:	