



**ЗАХТЕВ ЗА СОЛИДАРНУ ПОМОЋ**  
**(за дете или брачног друга)**

Број: \*\*\*/200\*

\_\_\_\_\_ (назив организационог дела )

**КОМИСИЈИ ЗА СОЛИДАРНУ ПОМОЋ<sup>1</sup>**

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 трошкове за** *(заокружити одговарајуће слово):*

**А- лечење, операције, испитивање на скенеру и магнетној резонанци, набавку помагала,**

**В- набавку лекова,**

**С- лечење у бањи или климатском лечилишту.**

**2. Подаци о трошковима:**

*(заокружити број 2.1. ако се тражи плаћање, када трошкови нису унапред плаћени, односно број 2.2. ако се тражи накнада-рефундација када су трошкови плаћени)*

<sup>1</sup> Захтев за солидарну помоћ подноси се посебно за свако лице за које се тражи солидарна помоћ.

## 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 трошкови нису плаћени (заокружен је бр. 2.1.):	ако су трошкови плаћени (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:	