



Podnosilac zahtjeva

Obrazac: **SOC-19.2**

**Služba za boračko-invalidsku
i socijalnu zaštitu**

Prezime i ime, datum rođenja

Odsjek za socijalnu zaštitu

Adresa stanovanja

Prijemni pečat

Kontakt telefon

e-mail

PREDMET:

ZAHTEJ ZA DODJELU JEDNOKRATNE NOVČANE POMOĆI:

(OZNAČITI – ZAOKRUŽITI - UPISATI!)

A) PORODILJAMA ZA DIJETE:

PREZIME, IME NOVOROĐENOG DJETETA _____

DATUM ROĐENJA ____ . ____ . 20 ____

B) ZA SUFINANSIRANJE TROŠKOVA VANTJELESNE OPLODNJE

C) ZA OČEVE KOJI KORISTE PORODILJSKO ODSUSTVO

POTREBNA DOKUMENTACIJA

Dokumenti	Mjesto izdavanja	Forma	Komentar
1. Prijava prebivališta za podnosioca zahtjeva i bračnog/vanbračnog druga odnosno roditelja djeteta -potrebno dostaviti za a) b) c)	CIPS	Original ili ovjerena kopija	
2. Ukoliko je rođenje prijavljeno van teritorije FBiH dostaviti izvod iz matične knjige rođenih za novorođeno i ostalu djecu porodilje -potrebno dostaviti pod a) i c)	matični ured nadležne općine	Original ili ovjerena kopija	
3. Kućna lista -potrebno dostaviti pod a) , b) i c)	matični ured	Original ili ovjerena kopija	-
4. Ukoliko je brak sklopljen van teritorije FBiH dostaviti izvod iz matične knjige vjenčanih -potrebno dostaviti pod b)	matični ured nadležne općine	Original ili ovjerena kopija	
5. Izjava o vanbračnoj zajednici -potrebno dostaviti pod b)	matični ured	Original ili ovjerena kopija	-
6. Preporuka zdravstvene ustanove da je preporučeno liječenje steriliteta postupkom vantjelesne oplodnje -potrebno dostaviti pod b)	zdravstvena ustanova ili specijalista ginekolog	Original ili ovjerena kopija	-
7. Predračun troškova postupka vantjelesne oplodnje -potrebno dostaviti pod b)	Zdravstvena ustanova koja provodi uslugu	Original ili ovjerena kopija	Obavezno da sadrži podatak koji je postupak vantjelesne oplodnje po redu te da isti nije okončan
8. Dokaz o otvorenom porodijskog odsustvu - potrebno dostaviti pod c)	Zdravstvena ustanova	Original ili ovjerena kopija	
9. Dokaz da bračni/vanbračni par koji podnosi zahtjev za ostvarivanje prava na sufinansiranje postupka vantjelesne oplodnje ne može ostvariti /nije ostvario pravo na finansiranje/sufinansiranje istog	Zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i	Original ili ovjerena kopija	



putem Zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine	Hercegovine	
10. Potvrda o otvorenom tekućem računu za podnosioca zahtjeva -potrebno dostaviti za a) i c)	Banka	Original ili ovjerena kopija

TAKSE I NAKNADE			
Naziv takse / naknade	Iznos	Broj računa	Poziv na broj / Komentar
-	-	-	-

DOKUMENTACIJA KOJU ĆE ORGAN PRIBAVLJATI SLUŽBENIM PUTEM:

- Uvjerenja o kretanju za podnosioca zahtjeva i/ili bračnog druga,
- Izvodi iz matične knjige rođenih za djecu,
- Uvjerenje nadležne službe za poslove socijalne zaštite prema mjestu prebivališta bračnog druga.

Rok za rješavanje urednog predmeta (sa potpunom dokumentacijom): **30 dana**

Komunikacija sa strankom će se obavljati putem elektronske pošte. Stranka je upoznata da će email adresa ubuduće biti korištena za detaljnije informacije iz Općine Centar Sarajevo.

Saglasan: DA - NE

Obrazac čitko popuniti !

Datum: ____ . ____ . 20 ____ .

.....
(Potpis podnosioca zahtjeva)