

FOND SOLIDARNOSTI  
SINDIKALNE ORGANIZACIJE EPS "KOLUBARA"

Član sindikata: DA  
NE

Tekući račun: DA  
NE

BRÓJ: \_\_\_\_\_  
DATUM: \_\_\_\_\_  
LAZAREVAC

### MOLBA ZA DODELU POMOCI

Podaci o podnosiocu zahteva :

Prezime i ime: \_\_\_\_\_ Mat. br. iz firme: \_\_\_\_\_  
Br. lične karte: \_\_\_\_\_ JMBG: \_\_\_\_\_  
Deo preduzeća: \_\_\_\_\_ Br. telefona: \_\_\_\_\_  
Adresa: \_\_\_\_\_

**POMOĆ MI JE POTREBNA:**

- |  |                        |                           |
|--|------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lično         | 1. Kupovina lekova     | 4. Uput za pregled lično  |
| <input type="checkbox"/> Za supružnika | 2. Troškovi lečenja    | 5. Uput za člana porodice |
| <input type="checkbox"/> Za dete       | 3. Ortopedsko pomagalo |                           |

Kratak opis: \_\_\_\_\_

Potreban pregled: \_\_\_\_\_

Podaci o članu porodice kome je potrebna pomoć

Supružnik

Prezime i ime: \_\_\_\_\_ Godina rođenja: \_\_\_\_\_  
Mesto stanovanja: \_\_\_\_\_ Br. lične karte: \_\_\_\_\_

Deca

Ime: \_\_\_\_\_ Godina rođenja: \_\_\_\_\_ Ime: \_\_\_\_\_ Godina rođenja: \_\_\_\_\_  
Ime: \_\_\_\_\_ Godina rođenja: \_\_\_\_\_ Ime: \_\_\_\_\_ Godina rođenja: \_\_\_\_\_

Potrebna dokumentacija (ne starija od 6 meseci)  
za podnosioca zahteva i lica koje se leči:

- Očitana lična karta i zdravstvena knjižica
- Izveštaj lekara specijaliste
- Otpusna lista sa epikrizom
- Uput lekara opšte prakse (ako ga ima)
- Original fiskalni račun za kupljeni lek ili obavljen pregled (ne sme biti stariji od 3 meseca)
- Original predračun ustanove koja pruža usluge
- Kopija kartice tekućeg računa na koji podnositelj molbe prima platu

Molbe sa nepotpunom lekarskom dokumentacijom neće se razmatrati.

Za tačnost podataka odgovara radnik pod krivičnom i materijalnom odgovornošću.

Odobrena pomoć (popunjava član UOFS):

IZNOS: \_\_\_\_\_

UPUT: \_\_\_\_\_

PROFAKTURA: \_\_\_\_\_

PODNOŠILAC MOLBE:

**ZAKLJUČAK LEKARA SPECIJALISTE:**