

Образац 3-1

(за запосленог који подноси захтев за дете и
брачног друга)

(Име и презиме запосленог)

(Унутрашња организациона јединица)

(Адреса - општина)

(Телефон)

(Број текућег рачуна)

(ЈМБГ)

Комисији за солидарну помоћ

ЈП „СРБИЈАГАС“ Нови Сад - Београд

ЗАХТЕВ

**за накнаду трошкова по основу солидарне помоћи запосленом, члану његове
уже породице у случају болести, здравствене рехабилитације,
инвалидности**

I Накнада трошкова је неопходна за:

(члан 48. став 1. тачка 2.)

1. Лечење, које се не може обезбедити на основу обавезног здравственог осигурања или се плаћа партиципација по основу обавезног здравственог осигурања;
2. Набавку лекова који се не могу обезбедити на основу обавезног здравственог осигурања или се плаћа партиципација;
3. Набавку ортопедских помагала која се не могу обезбедити на основу обавезног здравственог осигурања или се плаћа партиципација;
4. Здравствена рехабилитација која се не може обезбедити на основу обавезног здравственог осигурања или се плаћа партиципација.

II Подаци о запосленом, члану његове уже породице (Подаци се дају о лицу за које се тражи солидарна помоћ)

1. Основни подаци:

Име и презиме _____

Година рођења _____

Основ осигурања _____

Члан уже породице:

а) у радном односу, послодавац _____

(назив, адреса, телефон)

б) није у радном односу

в) послодавац нема услова за исплату - накнаду – помоћ

(изјава и чија)

2. Докази за 1.3. и 1.4.

- 1) Фотокопија читане картице здравственог осигурања
- 2) Потврде о незапослености – изјава _____
- 3) Потврда послодавца

III Медицинска документација, потврде, мишљења, рачуни и други докази

(доказ: оригинали, фотокопије и друго) _____

IV Мишљење лекара (специјалиста медицине рада) који учествује у раду Комисије

(Потпис и печат лекара)

V Предлог Комисији

VI Одлука Комисије

Датум подношења

Подносилац

(Потпис)