

Име (име родитеља) презиме

Мјесто пребивалишта; поштански број

Телефон

**ОПШТИНА СТАНАРИ**

**НАЧЕЛНИК ОПШТИНЕ**

Комисија за додјелу једнократне новчане помоћи  
за вантјелесну оплодњу

**ЗАХТЈЕВ ЗА ОСТВАРИВАЊЕ ПРАВА НА ЈЕДНОКРАТНУ НОВЧАНУ ПОМОЋ  
ЗА ВАНТЈЕЛЕСНУ ОПЛОДЊУ**

**О Б Р А З Л О Ж Е Њ Е**

**Потребна документација (оригинал или овјерена копија):**

- фотокопије личних карата за брачне/ванбрачне супружнике,
- увјерење о држављанству Републике Српске за брачне/ванбрачне супружнике,
- увјерење о пребивалишту за брачне/ванбрачне супружнике (образац ПБ4А),
- медицинска документација (не старија од 6 мјесеци) којом се доказује оправдана потреба за процедуру асистираних репродукције (вантјелесне оплодње),
- рјешење Фонда здравственог осигурања РС којом се признаје право на вантјелесну оплодњу,
- фотокопија текућег рачуна (уколико је отворен у банци).

**Подносиоци захтјева** могу бити једно од брачних/ванбрачних супружника.

**Напомена:** Непотпуни захтјеви се неће узети у разматрање!

Потпис подносиоца захтјева

\_\_\_\_\_

Дана, \_\_\_\_\_ године

Број личне карте подносиоца