**OB-DT1**

PODNOSILAC ZAHTJEVA:

OPĆINA MAGLAJ

KOMISIJA ZA PREGLED DOKUMENTACIJE PO RASPISANOM JAVNOM POZIVU ZA POMOĆ U LIJEČENJU DIJABETESA TIPA 1

VITEŠKA 4.

74250 MAGLAJ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ime i prezime

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Adresa

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Broj telefona

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PREDMET:** Zahtjev za ostvarivanje prava na sufinansiranje troškova liječenja za oboljelo dijete dijabetes tipa 1 iz Budžeta općine Maglaj,dostavlja se.-

Poštovani,

obraćam vam se ovim putem za sufinansiranje troškova liječenja maloljetnog djeteta oboljelog od dijabetesa tipa 1, a u skladu sa Javnim pozivom za podnošenje zahtjeva za dodjelu jednokratne novčane pomoći u svrhu sufinansiranja troškova liječenja iz Budžeta općine Maglaj za 2024. godinu.

Zahtjev podnosim za *(označiti)*:

* Izvod iz matične knjige rođenih za maloljetno dijete;
* Uvjerenje o kretanju (obrazac PBA-4 original ili ovjerena fotokopija ne starija od 3 mjeseci), kao dokaz o prebivalište na području općine Maglaj najmanje 2 (dvije) godine, prije podnošenja zahtjeva za ostvarivanje prava;
* Nalaz i dokaz za liječenje dijabetesa tipa 1;
* Predračun ili račun troškova liječenja
* Fotokopija tekućeg računa aplikanta

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PODNOSILAC ZAHTJEVA: