

ЦЕНТАР ЗА СОЦИЈАЛНИ РАД

МАЛО ЦРНИЋЕ

ЗАХТЕВ

ЗА ОСТВАРИВАЊЕ ПРАВА ИЗ СОЦИЈАЛНЕ ЗАШТИТЕ

СТРАНКА: _____ ,

(презиме, очево име и име)

Из _____ .

Контакт телефон: фиксни _____

мобилни _____

1. НСП (радна способност),
2. Једнократна новчана помоћ,
3. Помоћ и нега другог лица,
4. Телесно оштећење,
5. Ометеност у развоју, способност за рад,
6. Степен менталне ометености, ослобађање плаћања трошкова смештаја.

Уз захтев прилажем оригиналну медицинску документацију и копију личне карте и здравствену књижицу.

Исплату ЈНП извршити:

1. Странци
2. Поштом
3. Уз сагласност корисника на име _____
Бр. л.к. _____

СТРАНКА

ПРИМИО
