

Образац 3-1

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

_____ (Име и презиме запосленог)

_____ (Организациона јединица)

_____ (Адреса – општина)

_____ (Телефон)

_____ (Број текућег рачуна)

_____ (ЈМБГ)

Комисији за солидарну помоћ

ТРАНСПОРТГАС СРБИЈА доо Нови Сад

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:

Колективни уговор (члан 55. 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 _____

2. Докази

- 1) Фотокопија читане картице здравственог осигурања
- 2) Потврда о незапослености – изјава

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)