

| | |
|--|--|
| Ime i prezime podnositelja zahtjeva (majka ili skrbnik): | |
| OIB podnositelja zahtjeva: | |
| Telefon: | |
| e-mail: | |
| IBAN podnositelja zahtjeva: | |

GRAD BELI MANASTIR
Kralja Tomislava 53
31300 Beli Manastir

Zahtjev za isplatu novčane pomoći za opremu novorođenog djeteta

| | |
|------------------------------------|--|
| Ime i prezime novorođenog djeteta: | |
| OIB djeteta: | |
| Datum rođenja djeteta: | |

| | |
|---------------------------------|--|
| Ime i prezime drugog roditelja: | |
| OIB drugog roditelja: | |

U Belom Manastiru, _____ godine

(potpis podnositelja zahtjeva)

Uz zahtjev priložiti:

1. Presliku rodnog lista novorođenčeta
2. Presliku osobne iskaznice majke novorođenčeta
3. Izvod iz Zbirke podataka o prebivalištu i boravištu za majku novorođenčeta
4. Ukoliko se traži isplata na zaštićeni račun, potrebno je dostaviti Obavijest uplatitelju o primanjima i naknadama izuzetim od ovrhe i broju posebnog računa (FINA)