



|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| Ime (ime jednog roditelja) Prezime |  |
| JMBG                               |  |
| Adresa za dostavu pošte            |  |
| Kontakt telefon                    |  |

**OPĆINA ILIDŽA**  
**Služba za rad, socijalna pitanja, zdravstvo, izbjeglice i raseljena lica**

**PREDMET: Priznavanje prava na jednokratnu novčanu pomoć**

- U participiranju u liječenju teško oboljelih lica sa područja Općine Ilidža**  
 **Za lica u stanju socijalne potrebe**  
 **Za sufinansiranje troškova medicinski potpomognute oplodnje**

Obraćam vam se sa zahtjevom da mi u smislu važećih propisa omogućite ostvarivanje traženog prava.

**Prilog:**

| NAZIV DOKUMENTA                                                                                                                                                                                                                   | FORMA DOKUMENTA          | IZDAJE GA                    | KOMENTAR                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Prijava mesta prebivalista/boravista                                                                                                                                                                                           | Original/Ovjerena kopija | CIPS                         |                                                                                                       |
| 2. Medicinska dokumentacija sa preporukom Konzilija ljekara nadležne medicinske ustanove ili preporuka ljekara za koristenje lijeka za koji se trazi pomoc ili preporuka nadležne medicinske ustanove za lijecenje u inostranstvu | Original/Ovjerena kopija | Nadležna medicinska ustanova |                                                                                                       |
| 3. Izvod iz maticne knjige rođenih za dijete – cu                                                                                                                                                                                 | Original/Ovjerena kopija | Matični ured općine          |                                                                                                       |
| 4. Predracun ili racun za troškove liječenja odnosno za troškove putovanja u inostranstvo                                                                                                                                         | Original/Ovjerena kopija | Nadležna medicinska ustanova | Konzilijarno mišljenje da se liječenje ne može obaviti u Kantonu Sarajevo                             |
| 5. Uvjerenje MZ da se sa svim članovima domaćinstva nalazite na datoj adresi                                                                                                                                                      | Original/Ovjerena kopija | Mjesna zajednica             |                                                                                                       |
| 6. Potvrda o primanjima za sve članove domaćinstva                                                                                                                                                                                | Original/Ovjerena kopija | Preduzeće, PIO               | Preduzeca ili BIRO-a ili iz PIO-a ili cek od penzije. Za djecu preko 15 g.dokaz o redovnom skolovanju |



|                                                                                                                   |                          |                                                |                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------|
| 7. Uvjerenje da niste korisnik prava po osnovu boračke zaštite                                                    |                          | Jedinstveni registar FBIH                      | SLUŽBENO                         |
| 8. Uvjerenje iz da niste korisnik prava po osnovu socijalne zaštite                                               |                          | Jedinstveni registar FBIH                      | SLUŽBENO                         |
| 9. Medicinska dokumentacija                                                                                       | Kopija                   | Nadležna ustanova                              | <b>Ne starija od godine dana</b> |
| 10. Uvjerenje o kretanju za oba partnera                                                                          | Original                 | CIPS                                           | Obrazac PBA-4A                   |
| 11. Izvod iz matične knjige vjenčanih                                                                             | Original                 | Matični ured općine                            |                                  |
| 12. Izjava pod punom krivičnom i materijalnom odgovornošću o postojanju vanbračne zajednice                       | Original /ovjeren        | Nadležna općinska služba                       | Oba partnera                     |
| 13. Nalaz i dokaz za liječenje neplodnosti metodama potpomognute oplodnje                                         | Ovjerena kopija          | Nadležna klinika ili specijalista ginekologije |                                  |
| 14. Predračun troškova postupka potpomognute oplodnje                                                             | Original/Ovjerena kopija | Zdravstvena ustanova koja provodi uslugu       |                                  |
| <b>15. Potvrda banke sa brojem tekućeg računa podnosioca zahtjeva ili kopija bankovne instrukcije za plaćanje</b> | Kopija                   | Banka                                          |                                  |

#### TAKSA/NAKNADA

Podnositelj zahtjeva je oslobođen plaćanja administrativne takse shodno Zakonu o administrativnim taksama („Službene novine Kantona Sarajevo“, br. 30/01, 22/02, 10/05, 26/08 i 23/16).

Rok za rješavanje potpunog predmeta: 30 dana.

Rok za pregledanje zahtjeva i izdavanje poziva za dopunu dokumentacije: 5 dana

Zahtjevi se rješavaju po hronološkom redu a do utroška sredstava obezbjeđenih u Budžetu za tekuću godinu.

Potpisom na obrascu, podnositelj zahtjeva potvrđuje saglasnost da se dokumentacija pribavlja po službenoj dužnosti ukoliko istom raspolaze Općina Ilidža.

Dokumenti koji se predaju ne smiju biti stariji od 6 mjeseci.



## Obavezno navesti razlog podnošenja zahtjeva

---

---

---

Ilidža,

(Datum podnošenja zahtjeva)

(Potpis podnosioca zahtjeva)

## U P U T A

Potrebno je priložiti za:

- Priznavanje prava na participaciju liječenja teško oboljelih lica sa područja Općine Ilidža, pod rednim brojem: 1., 2., 3., 4., 15.
- Priznavanje prava na novčanu pomoć za lica u stanju socijalne potrebe, pod rednim brojem: 1., 5., 6., 7., 8., 9., 15.
- Priznavanje prava na sufinansiranje troškova medicinski potpomognute oplodnje, pod rednim brojem: 10., 11., 12., 13., 14., 15.

## NAPOMENA

- **Zahtjev za pomoć u participiranju liječenja teško oboljelih lica sa područja Općine Ilidža** kojima je potrebno plaćanje troškova liječenja u zemlji i/ili inostranstvu, mogu podnijeti lica koja imaju preporuku za liječenje Konzilija ljekara nadležne medicinske ustanove.

Za rješavanje zahtjeva nadležna je Komisija koju čine ljekari različitih specijalnosti.

- **Zahtjev za ostvarivanje prava na jednokratnu novčanu pomoć mogu podnijeti lica koja se nalaze u stanju socijalne potrebe.**

Zahtjeve rješava općinska komisija od tri člana koju imenuje Općinski Načelnik.

- **Zahtjev za ostvarivanje prava na sufinansiranje troškova medicinski potpomognute oplodnje može podnijeti žena:**
  - a) u bračnoj zajednici i da je brak postojao prije početka postupka potpomognute oplodnje;
  - b) u vanbračnoj zajednici koja traje najmanje tri godine prije početka postupka potpomognute oplodnje;
  - c) da žena može roditi dijete samo u postupku potpomognute oplodnje;
  - d) da žena nema više od 43 godine;
  - e) da oba partnera imaju prebivalište na području Općine Ilidža najmanje 3 (tri) godine prije podnošenja zahtjeva za ostvarivanje prava.

Za rješavanje zahtjeva nadležna je Komisija koju čine ljekari različitih specijalnosti.

Novčana pomoć će se dodjeljivati na osnovu podnesenog zahtjeva.