

**ФОНД СОЛИДАРНОСТИ
ЗАХТЕВ ЗА ПОМОЋ**

Молимо пажљиво прочитајте следеће информације ПРЕ него што испуните овај захтев.

Овај образац је прописан Правилником о раду Фонда солидарности Синдикалне организације Електродистрибуција Београд. Захтев служи за добијање новчане помоћи за трошкове лечења, набавку лекова и ортопедских помагала за чланове Фонда, чланове њихове уже породице – брачног друга и деце до 26 година старости, а која су на редовном школовању, као и за пружање помоћи деци преминулих радника. Попуњава га, по правилу, подносилац захтева, тј. члан Фонда солидарности Синдикалне организације Електродистрибуција Београд, у делу предвиђеном за то.

Образац може да попуни и неко други али га подносилац захтева (за случај детета преминулог радника **старатељ**) мора потписати.

Морате да одговорите на сва питања у свим рубрикама. Уколико не одговорите на сва питања потпуно и тачно, то може да доведе до одбијања вашег захтева.

Уз овај захтев, морате да приложите и следећа документа:
здравствене налазе (не старије од шест месеци од тренутка подношења захтева) здравствене установе из којих се недвосмислено може закључити да вам је помоћ коју тражите неопходна,
• предрачун установе која даје услуге на име Фонда (и име пацијента),
• фотокопију личне карте (све стране) и здравствене књижице члана Фонда солидарности, а у случају детета погинулог родитеља, фотокопију личне карте старатеља,
• фотокопију личне карте и здравствене књижице члана уже породице, или извод из матичне књиге родених ако лице није пунолетно, у случају да се помоћ тражи за члана уже породице, или дете погинулог радника,
• за лечење у иностранству Потврда лекарске комисије (оверене од стране три члана комисије), да се лечење не може обавити у Србији, као и Решење републичког Министарства здравља

Сва документа која подносите (фотокопије) морају бити верна оригиналу и читљива. У случају да не поднесете тражена документа, захтев неће бити разматран.

Одлуку о коришћењу средстава Фонда солидарности, на основу Захтева члана, доноси Комисија Фонда солидарности, на својим редовним седницама, које се по правилу, одржавају једанпут месечно.

Овај захтев се шаље на следећу адресу:

**Синдикална организација Електродистрибуција Београд
Комисија Фонда Солидарности
Масарикова 1-3
11000 Београд**

Обавештење о донетој одлуци добићете у року од 15 дана од дана одржавања седнице Комисије фонда.

Средства која Вам се одобре по овом захтеву и приложеном предрачуну, могу се уплатити искључиво на назначени рачун пружаоца услуга. Уколико се одобрена новчана помоћ може рефундирати на терет Републичког Завода за здравствено осигурање, пре уплате помоћи морате да потпишете Изјаву у којој се одричете права на повраћај новца од Завода и да то право по тачно наведеном рачуну пренесите на Фонд солидарности.

Уколико вам Комисија Фонда солидарности одобри новчану помоћ делимично (не до пуног износа назначеног на рачуну, односно предрачуну), а та средства се могу наплатити код Завода, такође пре уплате одобрене помоћи морате потписати Изјаву којом се обавезујете да у року од 3 дана од исплате новца од стране Завода, исти уплатите на жиро-рачун Фонда солидарности у износу у којем вам је Фонд солидарности одобрио помоћ.

А део – Ваши подаци

1. Пуно име и презиме подносиоца захтева

Презиме Име

дан месец година

2. Датум и година рођења

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

3. Место рођења

Општина

4. ЈМБГ

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

5. Број личне карте

6. Пребивалиште и адреса стана (из личне карте)

<input type="text"/>
<input type="text"/>

7. Адреса за кореспонденцију (слање поште)

(ако је иста као из личне карте, напишите као из л.к.)

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

поштански број

8. Ваши бројеви

телефона На

послу Код куће

Мобилни

**Б део - подаци о лицу коме је потребна помоћ**

(не попуњавајте ако је помоћ потребна Вама лично)

1. Пуно име и презиме лица коме је потребна помоћ

Презиме	
Име	

Брачни друг

дете

2. Датум и година рођења

дан месец година

--	--	--

3. Место рођења

Општина

--

4. ЈМБГ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Број личне карте

--

В део – подаци о стању социјалних потреба

1. Болест

Инвалидитет

Професионално обољење

Дете преминулог родитеља

2. Помоћ ми је потребна ради

Плаћања трошкова стационарног лечења
(операција) и лекарских прегледаПлаћања лекова, помоћног материјала за
примену Лекова и санитетског материјала

Набавке протеза, ортопедских и других помагала

Остало

3. Молимо укратко опишите стање Ваших социјалних
потреба (ако овде нема довољно места, додајте уз
овај захтев посебан лист папира са описом)

Г део – подаци о помоћи

1. Помоћ ми је потребна у износу од

(напишите тачан износ са предрачуна који прилажете;
ако је износ у девизама, напишите износ у девизама са
ознаком девиза)

--

износ динари

--	--

износ у девизама

ознака

2. Подаци о добављачу са предрачуна

Назив

Адреса

поштански број

3. Да ли сте већ добијали помоћ од Фонда солидарности?

Да

Не

Уколико је одговор на ово питање не, не попуњавајте
даље питања из овог дела.

Дан месец година

4. Када?

--	--	--

5. Колико?

--

(упишите износ у динарима на дан добијања помоћи)

6. Молимо кратко наведите разлог због чега сте добили
помоћ.

--

Д део – потпис подносиоца молбе

--

Дан месец година

Датум

--	--	--