

.....  
 Ime (ime jednog roditelja) Prezime

.....  
 Adresa (ulica i broj)

.....  
 Mjesto, poštanski broj

.....  
 Kontakt telefon

.....  
 JMBG

.....  
 Broj lične-osobne karte

GRAD GRACANICA			
Primljeno:			
Org.jedinica	Klas.oznaka	Redni broj	Godina

**SLUŽBA ZA UPRAVU, DRUŠTVENE  
 DJELATNOSTI, BORAČKO  
 INVALIDSKU ZAŠTITU I  
 ZAJEDNIČKE POSLOV**

---

**PREDMET: Zahtjev za dodjelu jednokratne pomoći Grada Gračanica za refundiranje dijela troškova nabavke senzora za bezbolno i kontinuirano mjerenje šećera u krvi**

---

Obraćam vam se s molbom da mi odobrite jednokratnu novčanu pomoć za refundiranje dijela troškova nabavke senzora za bezbolno i kontinuirano mjerenje šećera u krvi.

Prezime i ime djeteta	
Datum i mjesto prebivališta	
Prezime i ime jednog roditelja	

- Izvod iz matične knjige rođenih djeteta
- Dokaz o prebivalištu djeteta na području grada Gračanica -PBA-3 obrazac
- Posljednji nalaz nadležnog ljekara (endokrinologa, kliničkog pedijatra ili kliničkog interniste) sa dijagnozom dijabetes mellitus tip 1
- Dokaz o ostvarenom pravu i iznosu sredstava za nabavku senzora za bezbolno i kontinuirano mjerenje šećera u krvi putem Zavoda zdravstvenog osiguranja Tuzlanskog kantona -za osobe koje ostvaruju ovo pravo

Gračanica, ..... godine

.....  
 Podnosilac zahtjeva