

ЗАХТЕВ
ЗА ПРУЖАЊЕ ПОМОЋИ У ВИДУ ЈЕДНОКРАТНЕ НОВЧАНЕ ПОМОЋИ СОЦИЈАЛНО УТРОЖЕНИМ ПОРОДИЦАМА ИЗБЕГЛИХ И ИНТЕРНО РАСЕЉЕНИХ ЛИЦА СА БОРАВИШТЕМ НА ТЕРИТОРИЈИ ОПШТИНЕ ПЕЋИНЦИ

ОПШТИНА _____

Презиме и име носиоца домаћинства _____,

Датум рођења _____

Претходно пребивалиште _____,

Лични документ: _____ број легитимације: _____

Адреса боравишта _____,

Контакт телефон (обавезно) _____

Извор прихода _____, износ _____
(извор прихода-плата, пензија, НЗС (национална служба за запошљавање), НСП (новчана социјална помоћ), без прихода.

Домаћинство станује у (заокружити):

1. сопственом стамбеном објекту који има основне услове за становање
2. сопственом недовршеном стамбеном објекту
3. изнајмљеном стамбеном објекту и плаћа закуп _____ дин.
4. изнајмљеном стамбеном објекту и не плаћа закуп
5. друго _____

Чланови домаћинства:

1.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	презиме и име	год.рођ	средство	извор прихода	износ	лични документ	обољење инвалидитет
2.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
7.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
8.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

НАПОМЕНА: Обавезно приложити копију

1. важеће избегличке легитимације односно легитимације ИРЛ

Основ угрожености (обавезно заокружити редни број):

1. да су укупни приходи породице мањи или до 50% просечне нето плате на нивоу Републике Србије, за август 2018. године тј. мање од 24.886, 50 динара.
2. једнородитељска домаћинства са децом до 18 година или децом на редовном школовању до 26 година,
3. трочлано и вишечлано домаћинство са децом до 18 година,
4. породице са трудницама или дететом/децом до 5 година,
5. домаћинства инвалидских пензионера (преко 50% инвалидности),
6. домаћинства са чланом породице са тешким обољењем (малигна обољења, бронхијална и срчана астма, тешка опструкција обољења плућа, активна туберкулоза, инфаркт срца, декомпензована срчана обољења, трансплантација срца, церебрално васкуларни исулт, епилепсија, теже душевне болести, прогресивно нервно мишићне болести, парезе и парализе, хемофилија, инсулин зависни дијабетес, хроничне бубрежне инсуфицијенције на дијализама, системске аутоимуне болести, остеомелитиси, ХИВ инфекције и друга тешка обољења, лица ометена у развоју итд.,)
7. вишегенерацијско домаћинство,
8. лица (деца) смештена у хранитељским породицама,
9. домаћинство старих лица (жене преко 60 и мушкарци преко 65 година живота),
10. једночлана домаћинства са лицима преко 60 година живота,
11. породице где је дошло до насиља у породици,
12. За породице са тешко оболелим чланом (болести побројане у тачки 6.), материјални услов није елиминаторан.

Остали подаци (ако је одговор Да - заокружити):

1. да ли домаћинство користи народну кухињу
2. да ли је домаћинство, остварило право на једнократну новчану помоћ преко Комесаријата за избеглице и миграције Републике Србије, у износу од _____ динара
3. да ли је домаћинство користило друге видове помоћи из донација, које _____ (грађевински материјал, грант за доходне активности или др.)
4. да ли је домаћинство, добило пакет помоћи у храни преко Комесаријата за избеглице и миграције Републике Србије

Друге напомене: _____

Накнаде на име туђе неге и помоћи, дечијег и родитељског додатка не улазе у приходе домаћинства.

Потпис

Избегло / Интерно расељено лице

Захтев за доделу Помоћи са потребним обрасцима, подносилац подноси на писарници општине Пећинци, у затвореној коверти, лично или поштом на адресу:

**Писарница општинске управе општине Пећинци, Слободана Бајића 5, 22410 Пећинци
са знаком „Конкурс за избор корисника за пружање хуманитарне помоћи у виду једнократне новчане помоћи социјално угроженим породицама избеглих и интерно расељених лица са боравиштем на територији општине Пећинци“**