ОПШТИНА МАЛИ ЗВОРНИК

Општинска управа општине Мали Зворник

-Комисија за спровођење поступка за остваривање права

на финансијску помоћ за вантелесну оплодњу-

**ЗАХТЕВ ЗА ДОДЕЛУ ФИНАНСИЈСКЕ ПОМОЋИ ЗА ВАНТЕЛЕСНУ ОПЛОДЊУ**

Подаци о подносиоцима захтева:

**А) женски партнер**

Име и презиме\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адреса (место, улица и број)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон за контакт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Б) мушки партнер**

Име и презиме\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адреса (место, улица и број)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон за контакт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ПОТРЕБНА ДОКУМЕНТАЦИЈА:**

1. фотокопије личних карата брачног/ванбрачног пара,
2. извод из матичне књиге венчаних или оверена изјава од стране два сведока да пар остварује заједницу живота у складу са законом којим се уређују породични односи (у случају ванбрачне заједнице),
3. уверење о држављанству Републике Србије брачног/ванбрачног пара
4. уверење о пребивалишту брачног/ванбрачног пара,

1. потврда да остварују право на здравствену заштиту преко Републичког фонда за здравствено осигурање (оверене здравствене књижице)
2. изјава под материјалном и кривичном одговорношћу да пар нема потомство, или да ако има једно дете, у моменту подношења захтева поднесе медицинску документацију да природним путем не може остварити ново потомство,
3. потврда Републичког фонда за здравствено осигурање филијале за Мачвански округ Шабац да је пар имао три покушаја вантелесне оплодње на терет средстава обавезног здравственог осигурања
4. профактура здравствене установе која се налази на листи Републичког фонда за здравствено осигурање, а која ће спровести поступак вантелесне оплодње, о висини средстава потребних за покриће трошкова вантелесне оплодње,
5. потврда Комисије за лечење неплодности поступцима биомедицински потпомогнутог оплођења - здравствена установа Општа болница Ваљево, да пар испуњава критеријуме прописане од стране Републичке стручне комисије Министарства здравља за лечење поступцима биомедицинским потпомогнутог оплођења.

У \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_године

Подносиоци захтева,

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_