



ЗАХТЕВ ЗА ПОМОЋ

Молимо пажљиво прочитајте информације пре него што испуните овај захтев.

Овај образац је прописан Правилником о раду Фондова солидарности Синдиката радника Електропривреде Србије. Захтев служи за добијање новчане помоћи за трошкове лечења, набавку лекова и ортопедских помагала за чланове фонда солидарности, чланова њихове уже породице-брачног друга и деце до 27 година старости, а која су на школовању, као и пружање помоћи деци радника погинулих на радном месту. Попуњава га, по правилу, подносилац захтева, тј. члан Фонда солидарности и надлежни орган матичне синдикалне организације, у делу предвиђеном за то.

Члан Фонда солидарности је лице које је члан Синдиката радника Електропривреде Србије под условом да синдикална организација Јавног предузећа уплаћује чланарину у складу са чланом 81. Статута синдиката.

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

Морате одговорити на сва питања у свим рубрикама. Уколико не одговорите на сва питања 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 издавања захтева) државне здравствене установе,
оригинални предрачун установе која даје услуге,
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 рођених ако лице није пунолетно, у случају да се помоћ тражи за члана уже породице, или помоћ детету погинулог радника, за лечење у иностранству Потврда лекарске комисије (оверена од стране три члана комисије), да се лечење не може обавити у Републици Србији, као и Решење Републичког Министарства здравља,
У случају да то не урадите, овај захтев неће бити разматран.

Овај захтев мора бити упућен и оверен потписом и печатом од стране надлежне матичне организације Синдиката, која захтев прослеђује Управном одбору Фонда Солидарности.
У супротном овај захтев неће бити разматран.

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

Овај захтев се шаље на следећу адресу:

Синдикат радника Електропривреде Србије
Фонд солидарности
н/р Вери Маџар
Царице Милице 2
11 000 Београд

Обавештење о донетој одлуци добићете у року од 7 дана од дана одржавања седнице Управног одбора.

Ако Вам се одобри новчана помоћ, пре реализације исте, Ваша матична организација је обавезна да уплати 10% од одобреног износа, на жиро-рачун Фонда солидарности:
355-1012419-38

Средства која Вам се одобре по овом захтеву и приложеном предрачуну, могу се уплатити искључиво на назначени предрачун испоручиоца или извршиоца роба и 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 Управни одбор Фонда солидарности одобри новчану помоћ делимично (не до пуног износа наведеног на рачуну, односно предрачуну), а та средства се могу наплатити од Завода, такође пре уплате одобрене помоћи морате потписати Изјаву којом се обавезујете да 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.

За све нејасноће и додатне информације, можете се обратити Вери Маџар, на следећи телефон: 011 628 622, локал 324

А део – Ваши подаци

1 Пуно име и презиме подносиоца захтева

Презиме
Име

2 Датум и година рођења

Дан месец година

3 Место рођења

Општина

4 ЈМБГ

Лични број

5 Број личне карте

6 Пребивалиште и адреса стана (из личне карте)

7 Адреса за кореспонденцију (слање поште)

(ако је иста као из личне карте, напишите „као из ЛК“)

8 Ваши бројеви телефона

поз. број број

на послу (пре подне)

кући (по подне)

мобилни

9 Назив предузећа у коме сте запослени

Назив дела предузећа у коме сте запослени

Адреса дела предузећа у коме сте запослени

Поштански број

Б део – подаци о лицу коме је потребна помоћ

(не попуњавати ако је потребна помоћ лично)

1 Пуно име и презиме подносиоца захтева

Презиме	
Име	

Брачни друг	<input type="checkbox"/>	Дете	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------	------	--------------------------

Дан месец година

2 Датум и година рођења

--	--	--

3 Место рођења

Општина	
---------	--

4 ЈМБГ

Лични број																			
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5 Број личне карте (ако има)

--

В део – подаци о стању социјалних потреба**1 Болест**

Инвалидитет

Професионално обољење

Дете погинулог родитеља

2 Помоћ ми је потребна ради

Помоћ трошкова стационарног лечења (операција) и лекарских прегледа

Плаћања лекова, помоћног материјала за примену лекова и санитарног материјала

Набавке протеза, ортопедских и других помагала

Остало

3 Молимо укратко опишите стање Ваших социјалних потреба (ако ома 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 са ознаком девиза, као и приближан износ у динарима)

износ у динарима

износ у девизама

ознака

Дин.

€

2 Подаци о добављачу

Назив	

Адреса	
Поштански број:	

поз.број број

Телефон		
Факс		

3 Да ли сте већ добијали помоћ од Фонда солидарностиДа Не

>

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

дан месец година

4 Када ?

--	--	--

5 Колико ?

--

6 Молимо кратко наведите разлог због чега сте добили помоћ

--

Д део – потпис подносиоца захтева

--

дан месец година

Датум			
-------	--	--	--

Е део – Мишљење Синдиката

(попуњава надлежни из синдиката предузећа)

1 Подносилац захтева је члан синдиката радника Електропривреде Србије. Мишљења смо да у оквиру расположивих средстава, одобрите помоћ нашем раднику.

(ако овде нема довољно места, молимо Вас додајте уз овај захтев посебан лист са мишљењем, оверен потписом и печатом надлежног органа)

2 Изјава: Фонд Синдикалне организације се обавезује да учествује у пружању помоћи са 10 % одобреног износа (члан 20. Статута Фонда солидарности Синдиката радника ЕПС).**3 Потпис и печат**

--

дан месец година

--	--	--