

ЈИБ послодавца \_\_\_\_\_

ТР-НП

Назив послодавца \_\_\_\_\_

Контакт особа: \_\_\_\_\_

Број телефона: \_\_\_\_\_

Број: \_\_\_\_\_

Датум \_\_\_\_\_

Мјесто за пријемни штампил

ЦЕНТРУ ЗА СОЦИЈАЛНИ РАД \_\_\_\_\_

СЛУЖБИ СОЦИЈАЛНЕ И ДЈЕЧИЈЕ ЗАШТИТЕ \_\_\_\_\_

ОПШТИНА/ГРАД \_\_\_\_\_

**Предмет:** Захтјев за требовање средстава за рефундацију исплаћене накнаде плате за вријеме коришћења породилског одсуства за \_\_\_\_\_ мјесец 201\_\_ .године

Јединствен матични број грађанина ЈМБ/ЈИБ	Име и презиме	Период рефундације првостепеног органа			Мјесечни Износ по Рјешењу (КМ)	Износ требовања	Датум исплате плате
		Бр. рјешења	Од	До			

Износ требовања **није у складу** са Рјешењем број \_\_\_\_\_ из разлога \_\_\_\_\_

*Напомена: Подношењем овог захтјева потврђујем да мајка-породиља користи породилско одсуство у складу са рјешењем.*

**У колико је дошло до промјене жиро рачуна унесите нови број жиро рачуна: \_\_\_\_\_ и евентуалну измјену битних елемената за плаћање и то: \_\_\_\_\_.**

Прилог: - Лјекарска дознака;

- Платна листа;

- МОП и

- Рекапитулација обрачуна и уплате пореза и доприноса на плате и друга примања или други доказ о уплати доприноса за текући мјесец.

\_\_\_\_\_  
Обрачунски радник

М.П.

\_\_\_\_\_  
Овлаштено лице