



REPUBLIKA HRVATSKA
Splitsko-dalmatinska županija
OPĆINA BOL

Loža 15
21420 Bol

(ime i prezime podnosioca zahtjeva)

(adresa)

(OIB)

broj računa -
IBAN)

H	R																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(telefon - mobitel)

PREDMET: Zamolba za novčanu pomoć za samohranog roditelja

Molim naslov da mi odobri zahtjev za ostvarivanje prava na novčanu pomoć
samohranog roditelja, za djecu _____
_____ ,

sukladno odluci Općine Bol o davanju novčane pomoći samohranom roditelju u
iznosu od 100 EUR mjesečno za svako dijete.

U Bolu, _____

POTPIS:

Popis dokumenata potrebnih za ostvarivanje prava na isplatu koje je potrebno priložiti uz zahtjev:

- Smrtni list jednog od roditelja
- Ili Rodni list iz kojeg je razvidno da ne postoji drugi roditelj
- Ili neki drugi dokaz da je roditelj samohran