MESTNA OBČINA MARIBOR
MESTNA UPRAVA
Urad za vzgojo in izobraževanje, zdravstveno, socialno varstvo in raziskovalno dejavnost
Sektor za zdravstveno in socialno varstvo

VLOGA ZA UVELJAVITEV PRAVICE DO ENKRATNE DENARNE POMOČI OB ROJSTVU OTROKA

1. PODATKI O VLAGATELJU/ICI: a) mati
(ustrezno obkrožite) b) oče

Priimek in ime: _____

EMŠO: | | | | | | | | | | | | | DŠ: | | | | | | | |

Stalno prebivališče: _____
(ulica, hišna številka, kraj, poštna številka)

Podatki o osebnem računu vlagatelja/ice:

_____SI 56 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
Naziv banke, pri kateri ima vlagatelj/ica odprt osebni račun Številka osebnega računa vlagatelja/ice

Kontaktna telefonska številka:_____ e-naslov:_____

2. PODATKI O OTROKU:

Priimek in ime:_____ dat. rojstva:_____

Stalno prebivališče otroka:_____

S podpisom jamčim za resničnost podatkov.

V _____, dne _____

Podpis vlagatelja/ice:

_____

PRILOGE:

- kopija rojstnega lista otroka	DA	NE
- kopija potrdila o davčni številki vlagatelja/ice	**DA**	**NE**
- kopija številke transakcijskega računa vlagatelja/ice	DA	NE

V kolikor ne predložim navedenih prilog, jih bo pridobil po uradni dolžnosti organ, pristojen za zdravstveno in socialno varstvo, razen potrdila o davčni številki.