|  |  |
| --- | --- |
| C:\Users\doma\DC - DELOVANJE\Z91\Z91 - 14 - LETO 2017\BILTEN91-  letnik 2017\Bilten 91 - št. 8\logo Združenje 91.jpg | **ZDRUŽENJE VOJNIH INVALIDOV IN SVOJCEV PADLIH 1991** |
| **Association of War Invalids and Families of the Fallen in the War 1991** |
| **Kardeljeva cesta št. 60, 2000 MARIBOR** |
| [**www.zdruzenje91.eu**](http://www.zdruzenje91.eu)**, 🖂**[**zdruzenje91@guest.arnes.si**](mailto:zdruzenje91@guest.arnes.si)**,**  C:\Users\doma\DC - DELOVANJE\Z91\Z91 - LETO 2018\DOPISI 2018\simbol za telefon.png**+386 (0)2 620 95 72, +386 (0)40 417 359,** C:\Users\doma\DC - DELOVANJE\Z91\Z91 - LETO 2018\DOPISI 2018\fax simbol.png**+386 (0)2 620 92 30** |

Datum sprejema vloge:

………………………..…

# **V L O G A**

**ZA DODELITEV POSEBNE POMOČI**

Priimek ……………………………………………..…..ime ……………………………………………….

Stanujoč …………………………………………………..……………………………………...………….

telefon:……………………………..E – naslov: …..……………………...……………….....……………

davčna številka: …………………………………………………………………………………..…………

št. TRR: ………………………………………………………………….....…….…………..……..……….

status: VI91, CIV91, DRUŽINSKI UPRAVIČENEC, ČLAN ZDRUŽENJA (obkroži)

Izjavljam, da živi v skupnem gospodinjstvu ……….……članov

In znaša povprečni mesečni dohodek na družinskega člana: ……………………….…..…………….

Prosim za dodelitev posebne pomoči zaradi: …………………………..………………………………..

…………………………………………………………………………..……………………………………..

…………………………………………………………..……………………………………………………..

……………………………………………………………..…………………………………………………..

…………………………………………………………………..……………………………………………..

Prosim za naslednjo pomoč:…………………………………………………….…………………………..………………………

(zdravilišče, ortopedski pripomoček, obisk na domu, finančno pomoč, druga pomoč)

…………………………………………………..………………………………………………….………….

**Pod materialno odgovornostjo izjavljam, da so vsi zgoraj navedeni podatki resnični!**

Priloge (če jih imate):

* Potrdilo o priznanem statusu (vojnega invalida ali družinskega člana),

( v kolikor vlogo pošiljate prvič)

* fotokopija rednih prejemkov prosilca in družinskih članov v skupnem gospodinjstvu,
* mnenje ali priporočilo zdravnika (za terapije, zdravilišča in teh. pripomočke),

Kraj in datum:…………………….………………... Lastnoročni podpis člana

ali pooblaščene osebe:

…………………………………………………