



РЕПУБЛИКА СРБИЈА
АУТОНОМНА ПОКРАЈИНА ВОЈВОДИНА
ГРАД НОВИ САД
Градска управа за социјалну и дечију заштиту
Жарка Зрењанина 2
21000 НОВИ САД
Контакт центар: 0800-021-021

ЗАХТЕВ ЗА ОСТВАРИВАЊЕ ПРАВА НА НОВЧАНУ ПОМОЋ ЗА ПРВО ДЕТЕ

На основу члана 37. став 1. Одлуке о правима на финансијску подршку породици са децом („Службени лист Града Новог Сада“, бр. 68/17, 42/18, 58/19, 54/20, 61/22 и 35/23), подносим захтев за остваривање права на новчану помоћ за прво дете.

Подаци о подносиоцу захтева - мајци:

Име и презиме мајке
Адреса
Телефон

ЈМБГ мајке

Број личне карте

Име и презиме детета

Датум рођења

ЈМБГ детета

Уз захтев достављам:

РБ	Назив документа	Форма документа
1.	Лична карта, односно расељеничка легитимација	Очитана лична карта / фотокопија

Изјављујем да непосредно бринем о детету.

Упознат/а сам са одредбом члана 103. став 3. Закона о општем управном поступку („Службени гласник РС“, бр. 18/2016), којом је прописано да у поступку који се покреће по захтеву странке орган може да врши увид, прибавља и обрађује личне податке о чињеницама о којима се води службена евиденција када је то неопходно за одлучивање, осим ако странка изричито изјави да ће те податке прибавити сама. Ако странка у року не поднесе личне податке неопходне за одлучивање органа, захтев за покретање поступка ће се сматрати неуредним.

		ОЗНАЧИТЕ ЗНАКОМ X У ПОЉИМА ИСПОД	
РБ	Подаци из документа	Сагласан сам да податке прибави орган	Достављам сам
1.	Извод из матичне књиге рођених за дете		
2.	Податке о држављанству		

Напомене:

* Градска управа је дужна да реши предмет у року од 30 дана од дана достављања уредне документације,

У складу са чланом 13. тачка 4. Одлуке о градским административним таксама („Службени лист Града Новог Сада“, бр. 54/09, 23/11, 56/12, 13/13 - решење о усклађивању дин. изн., 21/14 - решење о усклађивању дин. изн., 74/16 и 42/18) **не плаћа се такса** за списе и радње у поступку остваривања права из социјалне заштите, односно права у складу са прописима којима се уређује финансијска подршка породици са децом.

у _____,
_____ године

име и презиме подносиоца захтева - **мајка**

адреса

контакт телефон

ЈМБГ

ПОТПИС