
(ime i prezime roditelja)

(adresa prebivališta)

(OIB)

(tel. i mob.)

U Lekeniku, _____

(datum, mjesec i godina)

OPĆINA LEKENIK
ZAGREBAČKA 44 LEKENIK

Z A M O L B A ZA FINANCIRANJE ŠKOLSKE PREHRANE

Upisati tekst za što i koga se zamolba odnosi

POTPIS RODITELJA:

OKRENI

POTREBNA DOKUMENTACIJA:

- IZJAVA O ZAJEDNIČKOM KUĆANSTVU
- PRESLIK RODNOG LISTA DJETETA
- OIB ZA SVE ČL. KUĆANSTVA UPISATI U IZJAVU
- POTVRDA O VISINI PRIHODA OD POREZNE UPRAVE SISAK (ZA NEZAPOSLENE)
- POTVRDA O VISINI PLAĆE ZA SVE ZAPOSLENE ČL. KUĆANSTVA
- POTVRDA ZAVODA ZA ZAPOSŁJAVANJE ZA NEZAPOSLENE
- RJEŠENJE CENTRA ZA SOCIJALNU SKRB ZA KORISNIKE MINIMALNE ZAJAMČENE NAKNADE