



**OBČINA REČICA OB SAVINJI**  
**OBČINSKA UPRAVA**  
Rečica ob Savinji 55, 3332 REČICA OB SAVINJI  
Tel: (03) 839-18-30 fax: (03) 839-18-35

---

Rečica ob Savinji, dne  
Številka:

**VLOGA ZA UVELJAVITEV DENARNE POMOČI NOVOROJENCU**

**Vlagatelj:**

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

Naslov: \_\_\_\_\_

skladno s Pravilnikom o enkratni denarni pomoči za novorojencev Občini Rečica ob Savinji (Ur.l. RS, št. 71/07 in Ur.l. RS, št. 110/09), **s to vlogo uveljavljam pravico do enkratne denarne pomoči za novorojenca/ko:**

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

Datum rojstva: \_\_\_\_\_

Kraj rojstva: \_\_\_\_\_

**Podatki o upravičencu (novorojenec ali starš):**

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

Naslov: \_\_\_\_\_

EMŠO: \_\_\_\_\_

Davčna številka: \_\_\_\_\_

Sredstva naj se nakažejo na transakcijski račun **upravičenca**, številka:

\_\_\_\_\_

odprtega pri banki / pošti (navedite celoten naziv banke ali pošte):

Podpis

**vlagatelja:** \_\_\_\_\_

Obvezne priloge:

- Kopija pisnega sporazuma med staršema, če živita ločeno, v zvezi s prejemom pomoči.