



**OBČINA POLJČANE**

**Občinska uprava**

Bistriška cesta 65, 2319 Poljčane

**telefon:** 02 8029 220, 8029 224

**fax:** 02 8029 226

**e-mail:** [obcina@poljczane.si](mailto:obcina@poljczane.si)

**VLOGA ZA DODELITEV ENKRATNE DENARNE POMOČI ZA  
NOVOROJENCE V OBČINI POLJČANE**

PRIIMEK IN IME VLAGATELJA/-ICE: \_\_\_\_\_

EMŠO: \_\_\_\_\_ TELEFONSKA ŠTEVILKA: \_\_\_\_\_

STALNO PREBIVALIŠČE (naslov, pošta): \_\_\_\_\_

DRŽAVLJANSTVO REPUBLIKE SLOVENIJE:            DA            NE

ŠTEVILKA TRANSAKCIJSKEGA RAČUNA : \_\_\_\_\_

DAVČNA ŠTEVILKA: \_\_\_\_\_

Novorojenci, za katere uveljavljam pravico do denarne pomoči:

Št.	Priimek in ime	Datum rojstva	Naslov stalnega prebivališča
1.			
2.			

Do rojstva prijavljenega novorojenca sem že imel/-a \_\_\_\_\_ otroka/-e.

Izjavljam, da so vsi dani podatki resnični in zanje moralno in kazensko (odškodninsko) odgovarjam.

Poljčane, \_\_\_\_\_

Lastnoročni podpis vlagatelja/-ice:

\_\_\_\_\_

K vlogi prilagam naslednje dokumente:

1. fotokopijo izpiska iz rojstne matične knjige novorojenca
2. fotokopijo dokazila o državljanstvu vlagatelja/-ice
3. fotokopijo dokazila o stalnem prebivališču vlagatelja/-ice in otroka

Soglašam, da si občinska uprava po uradni dolžnosti pridobi podatke iz točke 2 in 3.

Lastnoročni podpis vlagatelja/-ice:

\_\_\_\_\_