



ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA NAKNADU PLAĆE

Ženi – majci u radnom odnosu a vrijeme porodiljskog odsustva

/3 stranice/

Prezime/ ime oca i majke/ ime:

Adresa stanovanja:

Kontakt telefon:

JMBG:

Broj lične karte :

Molim Naslov da mi prizna pravo na naknadu umjesto plaće, kao ženi – majci u radnom odnosu za vrijeme porodiljskog odsustva.

Uz zahtjev prilažem potrebnu dokumentaciju u skladu sa Zakonom, kako slijedi:

1. Izvod iz matične knjige rođenih za NOVOROĐENČE (matični broj nije potreban);
2. Uvjerenje o mjestu prebivališta – boravišta za porodilju (CIPS);
3. Potvrda od poslodavca o ostvarenoj plaći koju je žena – zaposlenik ostvarila u periodu 6 /šest/ mjeseci prije porođaja (Obrazac PB);
4. Potvrda poslodavca da je predmetna prijavljena na penzijsko-invalidsko i zdravstveno osiguranje (Obrazac JS3100) /potvrdu izdaje poslodavac/;
5. Izvještaj o trajanju privremene nesposobnosti – spriječenosti za rad svaki mjesec bolovanja, najkasnije do kraja mjeseca za tekući mjesec /DOZNAKA Doma zdravlja/;
6. Kopija tekućeg računa /obavezno/;
7. Uplatnica administrativne takse;

Bihać, _____ 2025. godina

Podnosilac zahtjeva

Za izradu rješenja uplatiti administrativnu taksu u iznosu od **20,00KM** na depozitni račun Grada Bihaća broj: **3385002200163231** otvoren kod Unicredit bank dd Poslovnica Bihać, korisniku br. **722131**-budžet Grada Bihaća, budžetska organizacija **0000000/ sedam nula/**, poziv na broj **0000000000/ deset nula/**, općina **003**.

Puni naziv poslodavca sa sjedištem i tačnom adresom

Broj protokola:

Datum izdavanja:

P O T V R D A

Za radnika

O IZNOSIMA OSTVARENIM PLAĆA ZA 6 (ŠEST) MJESECI PRIJE PORODAJA ZA SVAKI MJESEC POSEBNO

| Redni Broj | MJESEC | GODINA | OSTVARENI IZNOS NETO PLAĆE U KM (umanjena za porez na dohodak) |
|---------------|--------|--------|---|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |
| PROSJEK PLAĆA | | | |

NAPOMENA: Ukoliko u obračunskom postupku ostvarena prosječna šestomjesečna plaća prije poroda prelazi iznos veći od prosječne plaće ostvarene na području Kantona u prethodnoj godini, neophodno je uz ovaj obrazac priložiti i ovjerene platne liste podnosioca zahtjeva (ovjerene i potpisane od strane poslodavca)

M.P.

Potpis ovlaštenog lica

.....

Puni naziv poslodavca sa sjedištem i tačnom adresom

Broj protokola:

Datum izdavanja:

P O T V R D A

Kojom se potvrđuje od strane ovog poslodavca da je radnica:

.....
(Prezime/ ime oca i ime radnice)

u radnom odnosu
(Navesti na određeno ili neo- određeno vrijeme)

i da je uredno prijavljena na penzijsko, invalidsko i zdravstveno osiguranje.

NAPOMENA:

Uz ovu potvrdu prilažemo kao dokaz:

1. Kopije obrazaca vidljive za čitanje: prijava na PIO/MIO, zdravstvenu zaštitu – OVJERENE u Gradskoj upravi ili originali dostavljeni na uvid i
2. Kopiju ugovora o radu (ovo važi samo za radnike koji su zaposleni na određeno vrijeme).

M.P.

Poslodavac

.....