

Ime, priimek upravičenca

Stalno prebivališče

Pošta:

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

OBČINA SEVNICA  
GLAVNI TRG 19A  
820 SEVNICA

---

**VLOGA  
ZA PRIDOBITEV ENKRATNE DENARNE POMOČI ZA NOVOROJENCE  
V OBČINI SEVNICA**

---

Spodaj podpisani \_\_\_\_\_, rojen \_\_\_\_\_, s stalnim prebivališčem  
(ime, priimek upravičenca)

\_\_\_\_\_, p. \_\_\_\_\_, davčna številka: \_\_\_\_\_  
(naslov) (pošta) (davčna številka upravičenca)

podajam vlogo za pridobitev enkratne denarne pomoči ob rojstvu otroka \_\_\_\_\_,  
(ime, priimek otroka)

rojenedga dne \_\_\_\_\_, skladno s Pravilnikom o enkratni denarni pomoči za novorojence v  
(datum rojstva otroka)

Občini Sevnica.

Hkrati tudi dovoljujem, da Občina Sevnica pridobi oz. preveri ter uporablja podatke navedene v tej vlogi le v postopku za pridobitev enkratne denarne pomoči za novorojenca.

Podpis:

\_\_\_\_\_