

PODNOŠILAC ZAHTEVA:



Prezime

Ime

Ime roditelja

JMB

Adresa stanovanja

Kontakt telefon

OPĆINA VOGOŠĆA
SLUŽBA ZA BORAČKO INVALIDSKU,
SOCIJALNU ZAŠTITU I RASELJENA LICA

PREDMET: ZAHTEJ ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA JEDNOKRATNU NOVČANU POMOĆ
ZA OPREMU NOVOROĐENOG DJETETA

Obraćam Vam se zahtjevom da mi izdate rješenja o priznavanju prava na jednokratnu novčanu pomoć za opremu novorođenog djeteta i pomoć za prehranu majke porodilje.

Uz zahtjev prilažem potrebnu dokumentaciju:

1. Rodni list djeteta,
2. Uvjerenje o državljanstvu za podnosioca zahtjeva,
3. Potvrda iz Centra za Ginekologiju i akušerstvo Sarajevo, ul. Josipa Vancaša br. 1

Vogošća, _____ 20__ . godine

PODNOŠILAC ZAHTEVA

L.K. _____ P.U. _____

Napomena: Sva dokumentacija koja se predaje uz zahtjev mora biti original ili ovjerene fotokopije.

Navedite kontakt adresu, ukoliko to nije adresa stanovanja _____