

PODNOŠILAC ZAHTJEVA:



Prezime	
Ime	
Ime roditelja	
JMB	
Adresa stanovanja	
Kontakt telefon	

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

PREDMET: ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA LIČNU INVALIDNINU

Bio sam pripadnik O/S AR BiH i kao takav sam ranjen u _____ dana _____, obolio od _____ ali nisam do sada ostvario svojstvo ratnog vojnog invalida, te molim da to pravo ostvarim u skladu sa važećim zakonskim propisima.

Potrebna dokumentacija:

1. Lična karta i prijava mjesta prebivališta-boravišta
2. Uvjerenje o pripadnosti u O/S
3. Medicinska dokumentacija neposredno po ranjavanju ili kod oboljelih lica med. dokumentacija iz perioda službe u O/S, a najkasnije 3 mjeseca po otpustu iz O/S.
4. Nova medicinska dokumentacija ne starija od 6 mjeseci za ranu, povredu ili oboljenje
5. Izjava stranke iz kojih razloga nije do sada ostvarila pravo i da nije ostvarila pravo na nekoj drugoj općini
6. Izjava o nekažnjavanju koja se nalazi na protokolu općine
7. Uvjerenje o kretanju iz MUP-a

Dokazi se prilažu u formi propisno ovjerene kopije kod nadležne službe organa uprave.

Vogošća, _____ 200__ . godine

PODNOŠILAC ZAHTJEVA

L.K. _____ P.U. _____

Napomena:

Navedite kontakt adresu, ukoliko to nije adresa stanovanja _____