

**PODNOŠILAC ZAHTJEVA:**



<b>Prezime</b>	
<b>Ime</b>	
<b>Ime roditelja</b>	
<b>JMB</b>	
<b>Adresa stanovanja</b>	
<b>Kontakt telefon</b>	

**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 \_\_\_\_\_