

**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 NOVČANU NAKNADU  
ŽENI MAJCI KOJA JE U RADNOM ODNOSU**

**Potrebna dokumentacija:**

1. Fotokopija LK i prijave o mjestu boravka,
2. Uvjerenje o državljanstvu,
3. Uvjerenje o kretanju iz MUP-a,
4. Potvrda od ljekara da se nalazi na trudničkom odsustvu,
5. Izvod iz MKR-ih za dijete,
6. Zaključen ugovor o radu ili rješenje o zasni vanju radnog odnosa,
7. Kopija prijave na PIO M-2 ili JS 3100 – prijava osiguranja,
8. Uvjerenje poslodavca da su redovno uplaćeni porezi i doprinosi za imenovanu sa tačno navedenim registarskim brojem obveznika uplate doprinosa i ličnim matičnim brojem osiguranika i da li će za vrijeme porodijskog odsustva primati naknadu plaće od poslodavca.

**Napomena: Zhtjev ste dužni dostaviti u roku od 60 dana od dana rođenja djeteta.**

Vogošća, \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ . godine

PODNOŠILAC ZAHTEVA

\_\_\_\_\_  
L.K. \_\_\_\_\_ P.U. \_\_\_\_\_

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

Navedite kontakt adresu, ukoliko to nije adresa stanovanja \_\_\_\_\_