

**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 ZA BORAČKO INVALIDSKU,**  
**SOCIJALNU ZAŠTITU I RASELJENA LICA**

**PREDMET: ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA TUĐU NJEGU I POMOĆ**  
**(RVI od I do IV grupe)**

Ratni vojni invalid sam \_\_\_\_\_ grupe sa \_\_\_\_\_ invaliditeta po osnovu ranjavanja \_\_\_\_\_ oboljenja \_\_\_\_\_ u O/S A R BiH. Moje zdravstveno stanje se pogoršalo i nisam u mogućnosti da vodim život samostalno, te tražim da mi priznate pravo na tuđu njegu i pomoć drugog lica u skladu sa važećim zakonskim propisima.

**Potrebna dokumentacija:**

1. Lična karta i prijava mjesta prebivališta-boravišta
2. Rješenje LI koje je prošlo reviziju
3. Medicinska dokumentacija za dodatno oštećenje organizma (ne stariju od 6 mjeseci)

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 \_\_\_\_\_