

**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 I  
SOCIJALNU ZAŠTITU**

**PREDMET: ZAHTEJ ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA NOVČANU POMOĆ  
NAKON POROĐAJA ŽENI - MAJCI KOJA NIJE U RADNOM ODNOSU**

Obraćam Vam se zahtjevom da mi izdate rješenje o priznavanju prava na novčanu pomoć nakon porođaja ženi-majci koja nije u radnom odnosu.

Uz zahtjev prilažem potrebnu dokumentaciju:

1. Fotokopija LK i prijave o mjestu prebivališta za majku ili oca djeteta ako majka nema godinu dana prebivališta na Kantonu Sarajevo,
2. Uvjerenje o državljanstvu
3. Uvjerenje o kretanju iz MUP-a
4. Potvrda od BIRO-a za zapošljavanje (obavezno dostavljati svaka 2 mjeseca šalter broj 3)
5. Izvod iz MKR-ih za dijete
6. Izvod iz MKV-ih

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

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

PODNOŠILAC ZAHTJEVA

\_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_