

PODNOŠILAC ZAHTJEVA:



Prezime	
Ime	
Ime roditelja	
JMB	
Adresa stanovanja	
Kontakt telefon	

--

**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 _____