



Podnosilac zahtjeva

Obrazac: 09-29.14

Služba za boračko-invalidsku i
socijalnu zaštitu

Prezime i ime

Odsjek za
boračko-invalidsku zaštitu

Adresa stanovanja

Prijemni pečat

Kontakt telefon

e-mail

**PREDMET: ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA
MJESEČNA NOVČANA PRIMANJA ZA
PERSONALNU ASISTENCIJU**

POTREBNA DOKUMENTACIJA

Dokumenti	Mjesto izdavanja	Forma	Komentar
1. Ukoliko je rođenje prijavljeno van teritorije FBiH dostaviti izvod iz matične knjige rođenih podnosioca zahtjeva	Matični ured općine	Original ili ovjerena kopija	
2. Ovjerena izjava podnosioca zahtjeva o saglasnost o prestanku prava na mjesečna novčana primanja po članu 51. Zakona o dopunskim pravima boraca branitelja BiH.	Matični ured	Original ili ovjerena kopija	Ne stariji od 6 mjeseci
3. Potvrda banke sa brojem tekućeg računa podnosioca zahtjeva	Banka	Original ili ovjerena kopija	

TAKSE I NAKNADE

Naziv takse / naknade	Iznos	Broj računa	Poziv na broj / Komentar
-	-	-	-

DOKUMENTACIJA KOJU ĆE ORGAN PRIBAVLJATI SLUŽBENIM PUTEM

Izvod iz matične knjige rođenih ukoliko je prijava bila na teritoriji FBiH, Uvjerenje o kretanju, Reviziono rješenje o priznavanju lične invalidnine i priznavanje prava na dodatak za njegu i pomoć od drugog lica ili uvjerenje o priznatim pravima.

Rok za rješavanje urednog predmeta (sa potpunom dokumentacijom): **30 dana**

Komunikacija sa strankom će se obavljati putem elektronske pošte. Stranka je upoznata da će email adresa ubuduće biti korištena za detaljnije informacije iz Općine Centar Sarajevo.

Saglasan: DA/NE

Datum: ____ . ____ .20 ____ .

Obrazac čitko popuniti !

(Potpis podnosioca zahtjeva)