



Podnosilac zahtjeva

Obrazac: 12-13.14

Služba za boračko-invalidsku i  
socijalnu zaštitu

Prezime i ime, datum rođenja

Odsjek za socijalnu zaštitu

Adresa stanovanja

Prijemni pečat

Kontakt telefon

e-mail

PREDMET: ZAHTJEV ZA OBNOVU OSTVAREN OG PRAVA NA PORODIČNU  
INVALIDNINU ČZR

#### POTREBNA DOKUMENTACIJA

Dokumenti	Mjesto izdavanja	Forma	Komentar
1. Ovjereni izjava	matični ured	Original ili ovjereni kopija	U prilogu obrasca
2. Ovjereni izjava sa dva svjedoka da udovac /udovica ČZR nije sklopio/la novu bračnu zajednicu, te da nije zasnivao/la vanbračnu zajednicu, odnosno da ne živi u vanbračnoj zajednici	matični ured	Original ili ovjereni kopija	-
3. Ukoliko je rođenje prijavljeno van teritorija FBiH dostaviti izvod iz matične knjige rođenih za udovicu/udovca ČZR	matični ured nadležne općine	Original ili ovjereni kopija	-

#### TAKSE I NAKNADE

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

#### DOKUMENTACIJA KOJU ĆE ORGAN PRIBAVLJATI SLUŽBENIM PUTEM

Prijave prebivališta, uvjerenja Porezne uprave, uvjerenja Službe za zapošljavanje - Centar, uvjerenja Zavoda za penzijsko-invalidsko osiguranje, uvjerenja Službe socijalne zaštite općine Centar.

Izjavljujem da sam kao nosilac ličnih podataka saglasan/saglasna da se moji podaci koje Zakon o zaštiti ličnih podataka ("Sl. novine BiH" broj 49/06, 76/11 i 89/11) definiše kao posebnu kategoriju podataka, ukoliko to postupak zahtjeva, obrađuju od strane Službe za boračko-invalidsku zaštitu i socijalnu zaštitu Općine Centar Sarajevo u svrhu ostvarivanja prava.

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)