

Подносилац захтјева:		Шифра 02.30.
Име и презиме		(ОТИСАК ПРИЈЕМНОГ ШТАМБИЉА)
Адреса		
Контакт телефон		

РЕПУБЛИКА СРПСКА

ГРАД ТРЕБИЊЕ

ГРАДОНАЧЕЛНИК

ГРАДСКА УПРАВА

ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА БОРАЧКО-ИНВАЛИДСКУ ЗАШТИТУ

ЗАХТЈЕВ: ДОДЈЕЛА ЈЕДНОКРАТНЕ НОВЧАНЕ ПОМОЋИ ПОРОДИЦАМА ПОГИНУЛИХ БОРАЦА, РАТНИМ ВОЈНИМ ИНВАЛИДИМА И ДЕМОБИЛИСАНИМ БОРЦИМА 1, 2. И 3. КАТЕГОРИЈЕ

Образложење захтјева

ДОКУМЕНТАЦИЈА			
Назив документа	Институција	Форма	Коментар
<input type="checkbox"/> Доказ о пребивалишту	МУП РС	Овјерена копија	-
<input type="checkbox"/> Рјешење о признатом статусу породице погинулог борца, РВИ или борца	Одјељење за борачко-инвалидску заштиту	Копија	Прибављање по службеној дужности (подносилац захтјева не плаћа таксу/накнаду)
<input type="checkbox"/> Извод из МКУ за члана породице погинулог борца (уколико се ради о трошковима сахране)	Надлежна матична служба	Оригинал / овјерена копија	-
<input type="checkbox"/> Рачун за трошкове сахране за члана породице погинулог борца	Погребно друштво	Копија	-
<input type="checkbox"/> Путна карта (уколико се ради о обиласку гроба погинулог борца)	Превозник	Копија	-
<input type="checkbox"/> Упута за лијечење и потврда о плаћеним трошковима лијечења у здравственој установи који не подлијежу плаћању партиципације (уколико се ради о трошковима лијечења)	Надлежна здравствена установа	Копија	-
<input type="checkbox"/> Медицинска документација	Надлежна здравствена установа	Копија	-
<input type="checkbox"/> Кућна листа	Одјељење за општу управу	Оригинал	-
<input type="checkbox"/> Доказ о незапослености члана породичног домаћинства	Завод за запошљавање	Оригинал	-
<input type="checkbox"/> Потврда о висини примања за запослене чланове породичног домаћинства	Послодавац	Оригинал	-
<input type="checkbox"/> Рачун за лијекове не старији од 6 мјесеци (уколико се ради о трошковима лијекова)	Надлежна здравствена установа	Копија	-

ТАКСЕ И НАКНАДЕ

Назив таксе/накнаде	Износ таксе/накнаде	Број рачуна	Позив на бр./коментар
-	-	-	-

Рок за рјешавање уредног предмета (са потпуном документацијом): 5 дана (3 дана за преглед потпуности захтјева)

Вријеме важења одлуке по захтјеву (дани): До исплате новчаних средстава

(Датум подношења захтјева)

(Потпис подносиоца захтјева)