

<b>Подносилац захтјева:</b>		<b>Шифра: 02.02.</b>
Презиме		( ОТИСАК ПРИЈЕМНОГ ШТАМБИЉА )
Име		
Име родитеља		
Адреса		
Контакт телефон		

**РЕПУБЛИКА СРПСКА**

**ГРАД ТРЕБИЊЕ**

**ГРАДОНАЧЕЛНИК**

**ГРАДСКА УПРАВА**

**ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА БОРАЧКУ И СОЦИЈАЛНУ ЗАШТИТУ**

**ЗАХТЈЕВ: ПРИЗНАВАЊЕ СТАТУСА РАТНОГ ВОЈНОГ ИНВАЛИДА**

Војна пошта	Датум рањавања
Околности рањавања, озлеђивања или обољевања	Мјесто догађаја
Повреда, озлиједа или болест (навести повређене или обољеле дијелове тијела)	

<b>ДОКУМЕНТАЦИЈА</b>			
Назив документа	Институција	Форма	Коментар
<input type="checkbox"/> Доказ о пребивалишту	МУП РС	Копија	-
<input type="checkbox"/> Увјерење о околностима настанка оштећења организма	Војна пошта или Министарство рада и борачко-инвалидске заштите, Одјељење за војне евиденције	Оригинал / овјерена копија	-
<input type="checkbox"/> Увјерење о учешћу у оружаним снагима	Одјељење за борачко-инвалидску заштиту	Оригинал	Прибављање по службеној дужности (подносилац захтјева не плаћа таксу/накнаду)
<input type="checkbox"/> Медицинска документација из периода непосредно по околностима страдања или оштећења организма	Надлежна здравствена установа	Овјерена копија	-

<b>ТАКСЕ И НАКНАДЕ</b>			
Назив таксе/накнаде	Износ таксе/накнаде	Број рачуна	Позив на бр./коментар
-	-	-	-

Рок за рјешавање уредног предмета (са потпуном документацијом): 60 дана

Вријеме важења одлуке по захтјеву (дани): Трајно

\_\_\_\_\_  
(Датум подношења захтјева)

\_\_\_\_\_  
(Потпис подносиоца захтјева)