+(попуњава подносилац захтјева)

ИМЕ (име родитеља) И ПРЕЗИМЕ/НАЗИВ ФИРМЕ/ПРАВНОГ ЛИЦА	
ЈМБ/ЈИБ	
АДРЕСА	
ЛИЧНА КАРТА (бр. и мјесто издав.)	
КОНТАКТ ОСОБА	
КОНТАКТ ТЕЛЕФОН	

Пријемни штамбиљ

ОПШТИНА ЛАКТАШИ
ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА БОРАЧКО-ИНВАЛИДСКУ ЗАШТИТУ

ПРЕДМЕТ: **Захтјев за признавање права породичну инвалиднину**

Молимо да нам се као родитељима – супрузи – дјеци покојног _____ _____ који је:

1. погинуо или умро као борац ВРС,
2. погинуо или умро као војник ВРС,
3. умро као војни инвалид _____ групе са _____% инвалидитета,

призна право на породичну инвалиднину

ПОДНОСИЛАЦ

_____

I **Уз захтјев је потребно приложити следећу документацију:**

- **увјерење о погибији (издаје Војна пошта)**
- **рјешење о признатом статусу војног инвалида (документацију коју посједује подносилац),**
- **извод из МКУ за борца, инвалида, војника (надлежна Матична служба)**
- **извод из МКР за дјецу, бораца, војника, инвалида (надлежна Матична служба)**
- **извод из МКВ за брачног друга, родитеља (надлежна Матична служба)**
- **увјерење о редовном школовању за дјецу преко 15 година старости (издаје школа)**

II **Захтјев ће рјешавати референти у канцеларији бр. 3 (сутерен), а за потребне информације можете се обратити на бр. тел. 334-201, 334-203.**