

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

РЕПУБЛИКА СРПСКА

ГРАД ТРЕБИЊЕ

ГРАДОНАЧЕЛНИК

ГРАДСКА УПРАВА

ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА БОРАЧКО-ИНВАЛИДСКУ 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)	

ДОКУМЕНТАЦИЈА			
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 снагама	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	-

ТАКСЕ И НАКНАДЕ			
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)