

Презиме (име оца) и име	
Адреса	
Број телефона	
ЈМБ	

ОПШТИНА НОВИ ГРАД
О п ш т и н с к а у п р а в а
ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА ОПШТУ УПРАВУ
Одсјек за борачко – инвалидску заштиту

ПРЕДМЕТ: Захтјев за признавање статуса породице погинулог борца и права на породичну инвалиднину

Молим признавање статуса породице погинулог борца и права на породичну инвалиднину иза _____
 који је погинуо дана _____ године у _____, као
 припадник Оружаних снага СФРЈ односно Републике Српске.

У прилогу достављам:

	Назив документа	Форма документа	Издаје га:
1.	Лична карта подносиоца захтјева	Копија	CIPS
2.	Увјерење о дужини ангажована у оружаним снагама за погинулог	Оригинал	Општина
3.	Увјерење о околностима погибије	Овјерена копија	Надлежна војна пошта
4.	Медицинска документација о болести из периода ангажовања у оружаним снагама и момента смрти за умрлог борца	Овјерена копија	Медицинска установа
5.	Извод из МК умрлих	Овјерена копија	Медицинска установа
6.	Извод из МК вјенчаних	Овјерена копија	Медицинска установа
7.	Извод из МК рођених за дијете	Овјерена копија	Мјесна канцеларија
8.	Потврда о редовном школовању за дијете	Овјерена копија	Школска установа

Нови Град, _____

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЈЕВА

НАПОМЕНА: Рок за рјешавање потпуног предмета је 15 дана.