

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 војног инвалида и права на личну инвалиднину

Молим признавање статуса војног инвалида и права на личну инвалиднину.
 Рањен сам, повријеђен односно озлијеђен дана _____ године у мјесту _____ у предјелу (дио тијела), _____ односно оболио сам у периоду ангажовања у оружаним снагама од _____ (назив обољења).

У прилогу достављам:

	Назив документа	Форма документа	Издаје га:
1.	Лична карта подносиоца захтјева	Копија	CIPS
2.	Увјерење о дужини ангажована у оружаним снагама	Оригинал	Општина
3.	Увјерење о околностима рањавања, повређивања или озлеђивања	Овјерена копија	Надлежна војна пошта
4.	Медицинска документација о болести из периода ангажовања у оружаним снагама	Овјерена копија	Медицинска установа
5.	Медицинска документација сачињену непосредно по рањавању, повређивању или озлеђивању (а најкасније годину дана од престанка тих околности)	Овјерена копија	Медицинска установа
6.	Налаз, оцјена и мишљење надлежних војно-љекарских комисија (уколико је подносилац захтјева оглашен привремено или трајно неспособним за вршење војне службе	Оригинал	Војно – лекарска комисија
7.	Нова медицинска документација	Овјерена копија	Мед. установа
8.	Извод из МК рођених	Овјерена копија	Мјесна канцеларија

Нови Град, _____

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЈЕВА

НАПОМЕНА: Рок за рјешавање потпуног предмета је 15 дана.