Općina Stari Grad Sarajevo

Prezime (ime jednog roditelja) ime

Adresa podnosioca

Mob : e-mail:

OPĆINA STARI GRAD SARAJEVO

# Služba za boračko - invalidsku i socijalnu zaštitu

# PREDMET: ZAHTJEV ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA JEDNOKRATNU NOVČANU POMOĆ ZA LIJEČENJE U BIH

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dokument** | **Mjesto izdavanja** | **Napomena** |
| 1. Uvjerenje o kretanju za podnosioca zahtjeva | MUP KS/CIPS | Ne starije od 3 mjeseca |
| 2. Prijave prebivališta za sve članove porodičnog domaćinstva | MUP KS/CIPS | Ne starije od 3 mjeseca |
| 3. Kućna lista | Šalter sala Općine | - |
| 4. Kopija medicinske dokumentacije | Nadležna medicinska ustanova | Ne starija od 12 mjeseci |
| 5. Molba (ručno napisana) | Lično | Detaljno opisati |
| 6. Tekući račun koji glasi isključivo na ime podnosioca zahtjeva | Banka | - |

**NAPOMENA:**

**Sve fotokopije dokumentacije, moraju biti ovjerene i ne starije od 6 mjeseci.**

Dokumentacija koju će organ pribavljati službenim putem:

- Uvjerenje Porezne uprave FBiH;

- Uvjerenje iz službene evidencije o ostvarenim pravima iz nadležnosti Službe za boračko – invalidsku i socijalnu zaštitu;

- Uvjerenje Službe za zapošljavanje;

- Uvjerenje Zavoda za penzijsko i invalidsko osiguranje;

- Uvjerenje Centra za socijalni rad.

Sarajevo, Podnosilac zahtjeva

Shodno članu 5. Zakona o zaštiti ličnih podataka (“Službeni glasnik BiH” broj 40/06,76/11 i 89/11) kao nosilac gore navedenih i dostavljenih podataka saglasan sam da Služba za boračko-invalidsku i socijalnu zaštitu vrši obradu istih u svrhu rješavanja po zahtjevu.

[www.starigrad.ba](http://www.starigrad.ba/) e-mail: info@starigrad.ba