

ПРЕЗИМЕ: _____
ИМЕ: _____
ИМЕ ЈЕДНОГ РОДИТЕЉА: _____
ЈМБГ: _____
АДРЕСА СТАНОВАЊА _____
ИЛИ КОНТАКТ АДРЕСА: _____
КОНТАКТ ТЕЛЕФОН: _____

ПРИЈЕМНИ ШТАМБИЉ

**ГРАД БИЈЕЉИНА
ГРАДОНАЧЕЛНИК
ГРАДСКА УПРАВА**

Одјељење за борачко-инвалидску и цивилну заштиту

ПРЕДМЕТ: Признавање права на здравствену заштиту

Подносим захтјев за признавање права на здравствену заштиту с обзиром да ми је признат статус члана породице погинулог борца по основу погинулог борца

_____ (име, име оца и презиме)

односно статус ратног војног инвалида _____ категорије,
цивилне жртве рата _____ категорије.

Живим у заједничком домаћинству са сљедећим члановима

Напомена:

УЗ ЗАХТЈЕВ ПРИЛАЖЕМ:

1. Увјерење из Фонда пензијско-инвалидског осигурања (оригинал)
2. Увјерење из Катастра (оригинал или овјерена копија)
3. Увјерење са завода за запошљавање или изјава (оригинал)
4. Кућна листа (овјерена),
5. Копија личне карте

ОБАВЈЕШТЕЊЕ ЗА СТРАНКУ: Дозволиће се само једна могућност достављања допуне како би предмет био потпун.

РОК ЗА РЈЕШАВАЊЕ: 15 дана од дана пријема комплетног захтјева са прилозима

Потпис подносиоца

Бијељина, _____ године

КОРИСНЕ ИНФОРМАЦИЈЕ:

1. Увјерење из Фонда пензијско-инвалидског осигурања (издаје Филијала Бијељина – Пословница Бијељина),
2. Увјерење из Катастра (издаје Републичка управа за геодетске и имовинско-правне послове Подручна јединица Бијељина),
3. Увјерење са Завода за запошљавање (издаје Завод за запошљавање – Филијала Бијељина - Биро),
4. Извадити и овјерити у пријемној канцеларији,

Захтјев се предаје у пријемној канцеларији.