|  |  |
| --- | --- |
| 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:** |
|  |  |  |  |
|  | Лична карта подносиоца захтјева | Копија | Полицијска станица |
|  | Увјерење о дужини ангажована у оружаним снагама за погинулог | Оригинал | Општина |
|  | Увјерење о околностима погибије | Овјерена копија | Надлежна војна пошта |
|  | Медицинска документација о болести из периода ангажовања у оружаним снагама и момента  смрти за умрлог борца | Овјерена копија | Медицинска установа |
|  | Извод из МК умрлих | Овјерена копија | Медицинска установа |
|  | Извод из МК вјенчаних | Овјерена копија | Медицинска установа |
|  | Извод из МК рођених за дијете | Овјерена копија | Мјесна канцеларија |
|  | Потврда о редовном  школовању за дијете | Овјерена копија | Школска установа |

Нови Град, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЈЕВА

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_