

ПРЕЗИМЕ:

ИМЕ:

ИМЕ ЈЕДНОГ РОДИТЕЉА:

ЈМБГ:

БРОЈ ЛИЧНЕ КАРТЕ И МУП:

АДРЕСА СТАНОВАЊА  
ИЛИ КОНТАКТ АДРЕСА:

КОНТАКТ ТЕЛЕФОН:

**ОПШТИНА УГЉЕВИК  
НАЧЕЛНИК ОПШТИНЕ  
ОПШТИНСКА УПРАВА  
Одјељење за друштвене дјелатности  
Одсјек за борачко – инвалидску заштиту и ЦЖР**

**ПРЕДМЕТ : Захтјев за признавање на ПОСЕБНО МЈЕСЕЧНО ПРИМАЊЕ-  
(члан 12. важећег Закона ),-**

Подносим захтјев за ПРИЗНАВАЊЕ ПРАВА НА ПОСЕБНО МЈЕСЕЧНО ПРИМАЊЕ у складу са одредбама члана 12. Закона о правима бораца војних инвалида и породица погинулих бораца одбрамбено-отаџбинског рата РС(„Службени гласник РС број: 134/11)

Захтјев образлажем следећим садржајем;- навести околности догађаја, рањавања, болести, војног ангажовања..... погибије смрти.....

---

---

---

---

---

---

УЗ ЗАХТЈЕВ ПРИЛАЖЕМ;

1. Увјерење којим се утврђује чињеница о рањавању, повреди , озљеди , болести , погибији смрти.....
2. Увјерење о војном ангажовању , ратном распореду,
3. Медицинска документација из времена када је рана , повреда или озљеда задобијена – ( ако се ради о лицу које је рањено),
4. Извод из матичне књиге умрлих - (ако се ради о лицу које је погинуло, умрло,.....
5. Фотокопија личне карте;
6. Извод из МКР-их за подносиоца захтјева и чланове породице,
7. нову медицинску документацију о лијећењу по основу ране , повреде и озљеде а не старију од 6 мјесеци.

Угљевик, \_\_\_\_\_ године

Потпис подносиоца захтјева

---