



04-15

Подносилац захтјева

Име и презиме, име једног родитеља	
ЈМБ	
Адреса (мјесто, улица и број)	
Број личне карте	
Контакт телефон	

ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА ОПШТУ УПРАВУ

**ПРЕДМЕТ: УТВРЂИВАЊЕ ПРАВА НА ПОРОДИЧНУ ИНВАЛИДНИНУ ИЗА УМРЛОГ РАТНОГ ВОЈНОГ ИНВАЛИДА
ОД 1. - 6. КАТЕГОРИЈЕ**

Име и презиме умрлог војног инвалида

Име и презиме чланова породице и сродство са умрлим ВИ

ДОКУМЕНТАЦИЈА

Назив документа	Институција	Форма	Коментар
Извод из матичне књиге вјенчаних	Матична служба	Оригинал или овјерена копија	/
Извод из матичне књиге умрлих	Матична служба	Оригинал или овјерена копија	/
Потврда о смрти	Надлежна здравствена установа	Оригинал или овјерена копија	/
Медицинска документација	Надлежна здравствена установа	Копија	/
Лична карта	МУП	Копија	/

ТАКСЕ И НАКНАДЕ

Назив таксе/накнаде	Износ таксе/накнаде	Број рачуна	Позив на бр./коментар
/	/	/	/

Рок за рјешавање уредног предмета (са потпуном документацијом): 60 дана

Вријеме важења одлуке по захтјеву (дани): Док постоје Законом прописани услови

(Датум подношења захтјева)

(Потпис подносиоца захтјева)