



UP

Ime (ime jednog roditelja) i prezime: _____
Jedinstveni matični broj (JMB): _____
Naziv pravnog subjekta: _____
Adresa stanovanja / sjedišta: _____
Broj telefona, fax-a i mob.: _____
Adresa za dostavu pošte: _____

OPĆINA HADŽIĆI

- Služba za boračko – invalidsku, socijalnu
i zdravstvenu zaštitu, izbjegla i raseljena lica -

PREDMET: Zahtjev za priznavanje statusa CŽR-a i pravo na.-

1. Ličnu invalidninu
2. Ortopedski dodatak
3. Dodatak za njegu i pomoć od strane drugog lica
(zaokružiti)

Obraćam Vam se sa zahtjevom za priznavanje prava na ličnu invalidninu, ortopedski dodatak i dodatak za njegu i pomoć od strane drugog lica po osnovu ranjavanja, povređivanja, zlostavljanja a u vezi sa ratnim zbivanjima, nakon 30. maja 1990. godine o čemu posjedujem odgovarajuću ljekarsku dokumentaciju, te molim da se uputim na ljekarsku komisiju radi utvrđivanja stepena tjelesnog oštećenja.

Do ranjavanja, povređivanja, zlostavljanja je došlo: _____

(navesti datum, mjesto i okolnosti)

Uz zahtjev prilažem :

1. Ovjerenu kopiju lične karte i prijavu mjesta prebivališta-boravka
2. Kućna lista
3. Dokaz o ranjavanju, povređivanju i zlostavljanju, odnosno lišavanju slobode u toku ratnog stanja ili neposredne ratne opasnosti
4. Ovjerena kopija medicinske dokumentacije o liječenju neposredno nakon ranjavanja, povređivanja, zlostavljanja kao i «novu» medicinsku dokumentaciju ne stariju od 6.mjeseci
5. Uvjerenje o kretanju
6. _____
7. _____
8. _____

Potpisom na obrascu dajem izričitu saglasnost Općini Hadžići za obradu ličnih podataka datih u navedenom zahtjevu.

U Hadžićima, _____ 20____. godine

Podnosilac zahtjeva:
