

.....
Ime (ime jednog roditelja) Prezime
.....
Adresa (ulica i broj)
.....
Mjesto, poštanski broj
.....
Kontakt telefon
.....
JMBG
.....
Broj lične-osobne karte

GRAD GRAČANICA			
Primljeno:			
Org.jedinica	Klas.oznaka	Redni broj	Godina

**SLUŽBA ZA UPRAVU,
DRUŠTVENE DJELATNOSTI,
BORAČKO INVALIDSKU ZAŠTITU I
ZAJEDNIČKE POSLOVE**

**PREDMET: Zahtjev za priznavanje prava na porodičnu invalidninu iza umrlog ratnog vojnog
invalida od I – VII grupe za roditelje**

Molim da mi se prizna pravo na porodičnu invalidninu iza mog poginulog sina _____, pripadnika Armije Bosne i Hercegovine.

PRILOZI:

- Rješenje o priznatom pravu na ličnu invalidninu (umrlom),
- Izvod iz matične knjige umrlih,
- Izvod iz matične knjige vjenčanih,
- Ovjerena fotokopija lične karte i CIPS-a za punoljetne članove zajedničkog domaćinstva,
- Potvrda o smrti,
- _____
- _____

Gračanica, _____ godine

.....
Podnosilac zahtjeva