

.....  
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 roditeljima neoženjenog  
                          poginulog borca**

---

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

**PRILOZI:**

- Uvjerenje o pripadnosti u OS i okolnostima pogibije,
- Izvod iz matične knjige umrlih,
- Izvod iz matične knjige vjenčanih,
- Ovjerena fotokopija lične karte i CIPS-a za punoljetne članove zajedničkog domaćinstva,
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Gračanica, \_\_\_\_\_ godine

.....  
Podnosilac zahtjeva