

_____ (prezime, ime oca i ime majke porodilje)

_____ br. _____
Adresa

_____ Telefon - mobilni



GRAD GORAŽDE
Služba za boračko-invalidsku i socijalnu zaštitu

**ZAHTJEV ZA JEDNOKRATNU NOVČANU POMOĆ MAJCI/PORODILJI NOVOROĐENOG
DJETETA**

Pravo na jednokratnu novčanu pomoć imaju majke/porodilje novorođenog djeteta koje imaju prebivalište na teritoriji Grada Goražda ili boravište najmanje šest mjeseci prije poroda.

Obraćamo Vam se sa zahtjevom da mi u skladu sa Odlukom Gradskog vijeća Grada Goražda priznate pravo na jednokratnu novčanu pomoć kao majci novorođenog djeteta _____ (ime i prezime djeteta).

Uz zahtjev prilažem:

1. Izvod iz MKR za djete,
2. CIPS-ovu potvrdu prebivališta za majku,
3. Kopija žiro-računa otvorenog kod banke za majku,

Dokumentacija se prilaže u originalu ili ovjerenoj kopiji, a ista ne može biti starija od šest mjeseci.

Goražde, ___/___/_____.

Podnosilac zahtjeva

NAPOMENA: Nadležna služba dužna je u roku od 1 dana od dana prijema zahtjeva izvršiti pregled dokumentacije i u roku od 15 dana od dana dostavljanja potpune dokumentacije, riješiti Vaš zahtjev. Na osnovu Zakona o administrativnim taksama BPK, stranka je oslobođena plaćanja takse i ovjere dokumenata u ove svrhe.

U skladu sa članom 5 Zakona o zaštiti ličnih podataka („Službeni glasnik BiH“ broj:49/06, 76/11 i 89-11) kao nosilac gore navedenih i dostavljenih podataka saglasan/saglasna sam da Općinske/Gradske službe, Kantonalna ministarstva/uprave nadležne za boračko invalidsku zaštitu i Federalno ministarstvo za pitanja boraca i invalida odbrambeno-oslobodilačkog rata/Federalno ministarstvo za pitanja branitelja i invalida domovinskog rata vrši obradu istih u svrhu rješavanja zahtjeva, trajno.