

**UP**

Ime (ime jednog roditelja) i prezime: _____

Naziv pravnog subjekta: _____

Adresa stanovanja / sjedišta: _____

Broj telefona, FAX-a, mobilnog telefona, e-mail adresa: _____

Adresa za dostavu pošte: _____

Općina Novi Grad Sarajevo

Služba za boračka pitanja, rad, socijalna pitanja i zdravstvo**Odsjek za rad, socijalna pitanja i zdravstvo****Predmet: Zahtjev za priznavanje prava na dodatak na djecu u uvećanom i osnovnom iznosu
- (kombinovani)**

Obraćam se zahtjevom za priznavanje prava na uvećani dodatak na djecu za:

1. _____	rođ. _____	god. _____
2. _____	rođ. _____	god. _____
3. _____	rođ. _____	god. _____
4. _____	rođ. _____	god. _____

i priznavanje prava na dodatak na djecu u osnovnom iznosu za:

1. _____	rođ. _____	god. _____
2. _____	rođ. _____	god. _____
3. _____	rođ. _____	god. _____
4. _____	rođ. _____	god. _____

(upisati ime i prezime djeteta, datum i godinu rođenja za koje tražite d.d.)

Uz zahtjev prilažem:

1. Izvod iz matične knjige rođenih za dijete/djecu,
2. Prijavu mjesta prebivališta za roditelje,
3. Uvjerenje o redovnom školovanju za tekuću školsku godinu (za djecu stariju od 15 godina),
4. Ovjerena izjava roditelja da dijete koje je starije od 15 godina nije zaključilo brak, niti steklo potomstvo,
5. Ovjerena izjava o posjedovanju motornog vozila za sve članove domaćinstva,
6. Potvrda o visini plaće za roditelje i sve punoljetne članove domaćinstva koji su bili zaposleni, odnosno ček za korisnike penzije,
7. Potvrda Biro-a za zapošljavanje, odnosno Uvjerenje Federalnog zavoda za penzijsko i invalidsko osiguranje da podnosilac zahtjeva nije evidentirana u bazi podataka matične evidencije osiguranika (za punoljetne članove domaćinstva koji su u predhodnoj godini bili nezaposleni),
8. Dokaz o ispunjavanju uvjeta za ostvarivanje prava na uvećani dodatak na djecu (obrazloženje na poleđini zahtjeva)

→ → → → → → → →

Napomena:



U zavisnosti kojoj kategoriji podnosilac zahtjeva pripada, dokaz pod rednim brojem 11. podrazumijeva dostavljanje:

- Rješenja o invalidnosti za dijete/djecu i roditelje invalide 90% i 100%,
- Nalaz i mišljenje ustanove o bolesti djeteta/djece (šećerna bolest, karcinom, leukemija, TBC, celijakija, kronove bolest, ulcerozni kolitis, hepatitis B i C, epilepsija ili poremećaj autističnog spektra),
- Rješenje o utvrđenoj preostaloj sposobnosti za djecu ometenu u fizičkom ili psihičkom razvoju,
- Rješenje o starateljstvu,
- Rješenje o stalnoj novčanoj pomoći,
- Izvod iz matične knjige umrlih za roditelje i sl.,

- Dokumentacija se prilaže u originalu ili ovjerenoj kopiji, ne starija od 6 mjeseci.

Napomena za taksu: Na osnovu člana 8. tačka 7. Zakona o administrativnim taksama - Prečišćeni tekst ("Službene novine Kantona Sarajevo", broj 30/01-prečišćen tekst, 22/02, 10/05, 26/08 i 23/16) korisnik je oslobođen plaćanja takse.

Rok za rješavanje: 60 dana od prijema zahtjeva.

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 ličnih podataka, saglasan/saglasna sam da nadležna služba vrši obradu istih u postupku rješavanja predmetnog zahtjeva.

Podnosilac zahtjeva

U Sarajevu _____ godine

(ime i prezime)