Z A H T J E V

za ostvarivanje prava na pomoć u liječenju

(SREDNJOBOSANSKI KANTON)

(KANTONALNA UPRAVA ZA BRANIOCE, Travnik, Aleja konzula b.b.)

Pišite čitko kemijskom olovkom.

Prezime:	Ime:	Očevo (majčino) ime:
Mjesto prebivališta:	Adresa i broj telefona:	Jedinstveni matični broj | | | | | | | | | | | | | |

Uz zahtjev prilažem slijedeću dokumentaciju:

1. uvjerenje o prebivalištu ili kopiju lične karte,
2. izjavu o zajedničkom domaćinstvu, ne stariju od šesdeset dana, original, (ako se radi o liječenju člana porodice branioca),
3. rješenje o porodičnoj invalidnini,
4. rješenje o ličnoj invalidnini,
5. uvjerenje o pripadnosti oružanim snagama, original ili ovjerena kopija,
6. otpusnicu iz bolnice ne stariju od 6. mjeseci, ovjerena kopija,
7. otpusnicu iz bolnice iz bilo kog perioda od stupanja u oružane snage i medicinsku dokumentaciju u vezi liječenja psihičkog oboljenja, (prilaže branilac koji se liječio od psihičkih oboljenja),
8. uvjerenje Centra za socijalni rad o statusu civilnog invalida, ne starije od 30 dana, original, (prilaže branilac ili član njegove porodice koji je civilni invalid I grupe s pravom na njegu i pomoć I grupe),
9. kopiju tekućeg računa.

Napomena:

a) Pravo na novčanu pomoć ostvaruje branilac i član njegove porodice u slučaju bolničkog liječenja ne starijeg od 6. mjeseci.

b) Pravo na novčanu pomoć ostvaruje branilac koji se liječio od psihičkih oboljenja, posjeduje otpusnicu iz bolnice radi liječenja psihičkog oboljenja iz bilo kog vremenskog perioda od stupanja u oružane snage do dana predaje zahtjeva, te ako se iz priloženih medicinskih nalaza vidi da postoji kontinuitet u liječenju takve bolesti.

c) Pravo na novčanu pomoć ostvaruje branilac i član njegove porodice koji je u zakonom propisanom postupku ostvario svojstvo civilnog invalida prve grupe invalidnosti i pravo na pomoć i njegu prve grupe.

Datum	Potpis