

ГРАД/ОПШТИНА Братунац

ОРГАНУ УПРАВЕ НАДЛЕЖНОМ ЗА БОРАЧКО ИНВАЛИДСКУ ЗАШТИТУ

ПРЕЗИМЕ:	
ИМЕ РОДИТЕЉА:	
ИМЕ:	
ЈМБ:	
АДРЕСА СТАНОВАЊА:	
ТЕЛЕФОН:	

ВЛАДА РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ
МИНИСТАРСТВО РАДА И
БОРАЧКО-ИНВАЛИДСКЕ ЗАШТИТЕ
Трг Републике Српске бр. 1
78 000 Бања Лука

ПРЕДМЕТ: Захтјев за одобравање новчаних средстава за куповину ортопедског помагала.-

Поштовани,

Обраћам вам се захтјевом да ми се одобре новчана средства за куповину ортопедског помагала _____, _____.
(врста орт. помагала)(шифра орт. помагала)

Ратни војни инвалид сам _____, са ратном повредом _____
(категорија/степен инвалидности) (врста повреде)

Захтјев подносиму складу са Критеријима за одобравање новчаних средстава ратним војним инвалидима за куповину ортопедских помагала у 2022. години, сходно Листи ортопедских помагала за ратне војне инвалиде ампутирце/параплегичаре.

Право на ортопедско помагало задњи пут сам остварио/ла _____, преко установе _____
(датум) _____
(назив установе/фонда)

Одобрена новчана средства за куповину ортопедског помагала можете уплатити на рачун преко којег примам и личну инвалиднину, или _____.

Мјесто и датум

Подносилац захтјева

Већа организациона јединица	Одјељење за општу управу			
Дјелатности	Одсјек за борачко-инвалидску заштиту			
Контакт подаци надлежног службеника	Мирјана Јовичић 056/410-504			
Сврха административног поступка	Остваривање права на новчана средства за куповину ортопедског помагала			
Правни основ административног поступка	члан 76. Закона о републичкој управи ("Службени гласник Републике Српске", бр. 115/18, 111/21, 15/22 и 56/22, 132/22), Одлуке о усвајању Буџета Републике Српске за 2023. годину („Службени гласник Републике Српске“, број 112/22), Протокола о сарадњи између Министарства рада и борачко-инвалидске заштите и Фонда здравственог осигурања Републике Српске, број: 16-560-451/2018 од 02. марта 2018. године и број: 16-560-309-1/2022 од 06. јула 2022. године и Протокола о сарадњи између Министарства рада и борачкоинвалидске заштите и Фонда здравственог осигурања Брчко дистрикта Босне и Херцеговине, број: 16-565.1-9-2/2019 од 08. априла 2019. године			
Такса/накнада коју је потребно уплатити	Назив таксе/ накнаде	Износ таксе / накнаде (КМ)	Број рачуна за уплату	
	/	/		
Потребне информације при предавању захтјева	Подаци о физичком лицу (име, име родитеља и презиме, адреса, ЈМБ, контакт телефон)			
Документација	Документ	Назив институције која издаје документ	Форма доставе	Коментар
	Медицинска документација	Ортопед	Оригинал	
	Рјешење о инвалидности	Општинска управа Братунац Одјељење за општу управу Одсјек за борачко-инвалидску заштиту	Оригинал/фотокопија	
	Здравствена књижица	Фонд за здравствену заштиту	Фотокопија	
Рок за рјешавање потпуног предмета (дани)	30 дана			
Обавјештење				
Вријеме важења одлуке по захтјеву (дани)	Трајно			
Преузимање обрасца захтјева				

