

Prezime (ime oca) ime
JMBG
Status
Adresa (mjesto, ulica i broj)
Kontakt telefon
E-mail adresa

KANTONALNA UPRAVA ZA PITANJA  
BORACA I INVALIDA ODBRAMBENO  
OSLOBODILAČKOG RATA SBK/KSB  
TRAVNIK

**PUTEM OPĆINE FOJNICA**  
- SLUŽBA ZA OPĆU UPRAVU, I BORAČKO –  
INVALIDSKU ZAŠTITU

**PREDMET: Zahtjev za novčanu pomoć za liječenje, nastavak liječenja ili već obavljeno liječenje**

Obraćam vam se sa zahtjevom za jednokratnu novčanu pomoć, za liječenje, nastavak liječenja ili već obavljeno liječenje, a zbog teške materijalne situacije u kojoj se nalazi moja porodica/obitelj:

---

---

---

---

**Zahtjevu prilažem:**

1. Kopija lične karte (ovjerena)
2. Za demobilisane – uvjerenje o pripadnosti OS RBiH (original ili ovjerena fotokopija)
3. Kopija tekućeg računa
4. Medicinski nalazi o liječenju (podrazumijeva se otpusno pismo ne starije od 6 mjeseci i kod teških bolesti otpusno pismo može biti starije od 6 mjeseci ako je iz priloženih nalaza i računa vidljivo da postoji kontinuitet liječenja u liječenju po osnovu bolesti)
5. Računi o plaćanju liječenja, račun ortopedske radionice
6. Drugi dokazi iz kojih se vidi opravdanost zahtjeva

(Mjesto i datum)

(Potpis podnosioca zahtjeva)