



Ime (ime jednog roditelja) Prezime	
JMBG	
Adresa za dostavu pošte	
Kontakt telefon	

## OPĆINA ILIDŽA

Služba za socijalna pitanja, zdravstvo, izbjeglice i raseljena lica

**PREDMET: Uvjerenje da nisam - jesam korisnik prava (naznačiti „X“ na traženo pravo)**

**Potrebno je zaokružiti, da li ste korisnik ili niste korisnik, prava za koja tražite izdavanje uvjerenja**

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Pravo na status civilne žrtve rata i pripadajuća prava - DA / NE   |
| <input type="checkbox"/> | Pravo na status raseljenog lica-prognanika i pripadajuća prava – DA / NE<br>( prijeratno prebivalište sam imao-la u općini _____ )   |
| <input type="checkbox"/> | Status povratnika - povratnik sam iz općine _____  |
| <input type="checkbox"/> | Pravo na dodatak na djecu - DA / NE  |
| <input type="checkbox"/> | Pravo na novčanu naknadu ženi-majci koja je u radnom odnosu – DA / NE  |
| <input type="checkbox"/> | Pravo na novčanu pomoć nezaposlenoj porodilji – DA / NE  |
| <input type="checkbox"/> | Pravo na subvenciju obdaništa – DA / NE  |
| <input type="checkbox"/> | Pravo na jednokratnu novčanu pomoć – DA / NE   |
| <input type="checkbox"/> | Pravo na zdravstvenu zaštitu:<br>1.civilne žrtve rata i članova porodice civilne žrtve rata – DA / NE<br>2. raseljenih lica - DA / NE<br>3.lica starijih od 65 godina života – DA / NE<br>4.djece od rođenja do navršene 15 godine života - DA / NE<br>5.lica u stanju socijalne potrebe – DA / NE |

**Obraćam vam se sa zahtjevom da mi u smislu važećih propisa izdate traženo.**





**Ako je uvjerenje potrebno za druge članove domaćinstva, popuniti uredno podatke kako slijedi:**

r/b	Ime	Ime roditelja	Prezime	jmbg
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

**Napomena: Ako vam je potrebno uvjerenje za dodatak na djecu u navedenu tabelu navesti podatke za drugog roditelja i djecu.**

**Uvjerenje je potrebno u svrhu regulisanja prava**

*Podnosilac zahtjeva je oslobođen plaćanja administrativne takse shodno Zakonu o administrativnim taksama („Službene novine Kantona Sarajevo“, br. 30/01, 22/02, 10/05 i 26/08).*

*Rok za rješavanje potpunog predmeta: 1 dana  
Rok za pregledanje zahtjeva i izdavanje poziva za dopunu dokumentacije: 1 dana*

Izjavljujem da sam kao nosilac ličnih podataka saglasan/saglasna da se moji podaci koje Zakon o zaštiti ličnih podataka ("Službeni glasnik BiH" broj 12/25) definiše kao posebnu kategoriju podataka ukoliko to postupak zahtijeva, obrađuju od strane Službe za socijalna pitanja, zdravstvo, izbjeglice i raseljena lica Općine Ilidža u svrhu provođenja i okončanja postupka za ostvarivanje prava za čije je rješavanje nadležna naprijed navedena Služba i ova saglasnost traje do okončanja postupka i dalje sve dok ostvarujem traženo pravo.

Ilidža

\_\_\_\_\_  
(Datum podnošenja zahtjeva)

\_\_\_\_\_  
(Potpis podnosioca zahtjeva)





Butmirska cesta br. 12, 71210 Ilidža, Sarajevo, BiH, tel/fax. +387 33 775-661, centrala 775-600, [www.opcinailidza.ba](http://www.opcinailidza.ba), E-mail: [socijalna.pitanja@opcinailidza.ba](mailto:socijalna.pitanja@opcinailidza.ba)



OB-QMS-851-201; izd. 5; 31.10.2023.