

**UP**

Ime (ime jednog roditelja) i prezime: _____
JMBG (u svrhu provjere prebivališta): _____
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 ostvarivanje prava na:**

- 1. Jednokratnu pomoć za opremu novorođenog djeteta**
- 2. Dodatnu novčanu pomoć na ime prehrane djeteta do 6 mjeseci i dodatne ishrane za majku dojilju**

Obraćam se zahtjevom za priznavanje prava na jednokratnu pomoć za opremu novorođenog djeteta i dodatnu novčanu pomoć na ime prehrane djeteta do 6 mjeseci i dodatne ishrane za majku dojilju za dijete:

/upisati ime i prezime djeteta/djece/

Uz zahtjev prilažem:

1. Izvod iz matične knjige rođenih za dijete

Pravo na jednokratnu novčanu pomoć za opremu novorođenog djeteta i dodatnu novčanu pomoć na ime prehrane djeteta do 6 mjeseci i dodatne ishrane za majku dojilju ostvaruje se ukoliko su ispunjeni uslovi za ostvarivanje prava na dodatak na djecu u skladu sa kantonalnim propisom iz oblasti socijalne zaštite.

Napomena za taksu: Shodno odredbi člana 9. tačka 1. Odluke o administrativnim taksama Općine Novi Grad Sarajevo, („Službene novine Kantona Sarajevo“, broj 2/26) taksa se ne naplaćuje.
--

Rok za rješavanje: 60 dana od prijema zahtjeva.

U skladu sa članom 9. i 10. Zakona o zaštiti ličnih podataka (Službeni glasnik BiH broj 12/25), 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)