

Županijskoj/Kantonalnoj administrativnoj službi sa sjedištem u _____

ISPOSTAVA/POSLOVNICA _____ Broj zahtjeva : _____

**ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA NOVČANU NAKNADU ZA
 TJELESNU / FIZIČKU ONESPOSOBLJENOST**

počev od _____ godine

članak/član. 67. Zakona o mirovinskom/penzijskom i invalidskom osiguranju
 ("Službene novine FBiH", broj: 13/18, 90/21 i 19/22)

PREZIME (ime oca) i IME	
DJEVOJAČKO PREZIME	
DATUM ROĐENJA	
MJESTO, OPĆINA I DRŽAVA ROĐENJA	
OSOBNI/MATIČNI BROJ (iz radne knjižice)	
JEDINSTVENI MATIČNI BROJ (JMB)	
SPOL / POL	1. MUŠKI 2. ŽENSKI
ADRESA PREBIVALIŠTA	
DRŽAVLJANSTVO	
<p>Je li vam u Federaciji BiH već priznato pravo iz mirovinskog/penzijskog osiguranja ? DA NE</p> <p>Ako da, koje pravo je priznato ? _____</p> <p>Služba koja je donijela rješenje : _____</p> <p>Broj rješenja : _____ Datum rješenja : _____</p>	
<p>Imate li status ratnog vojnog invalida (RVI) u FBiH ? Ako da, priložite preslik/kopiju pravomoćnog rješenja.</p>	<p>DA NE</p>
<p>Je li vam za isti slučaj tjelesne/fizičke onesposobljenosti već priznato pravo na novčanu naknadu prema drugim propisima ? Ako da, priložite preslik/kopiju rješenja.</p>	<p>DA NE</p>
<p>Jeste li u radnom odnosu ili ste osigurani po nekoj drugoj osnovi. Ako da, po kojoj osnovi ?</p>	<p>DA NE</p>
<p>Navedite podatak o posljednjem zaposlenju</p> <p>Naziv poslodavca _____</p> <p>Adresa poslodavca _____</p>	
<p>Uzrok tjelesne/fizičke onesposobljenosti. (zaokružiti) Ako je uzrok ozljeda/povreda na radu, priložite prijavu o ozljedi/povredi na radu.</p>	<p>1. bolest 2. profesionalna bolest 3. ozljeda/povreda na radu 4. ozljeda/povreda izvan rada</p>

Ako zahtjev podnosi skrbnik ili opunomoćenik

(obvezno priložite odluku o imenovanju skrbnika ili punomoć)

Prezime i ime skrbnika ili opunomoćenika : _____

Adresa skrbnika ili opunomoćenika : _____

Datum rođenja _____ **JMB** _____
skrbnika ili opunomoćenika : skrbnika ili opunomoćenika :

**Želite li da se naknada za tjelesnu / fizičku onesposobljenost
isplaćuje opunomoćeniku ?**

DA

NE

*Ako DA, obvezno dostavite punomoć za primanje naknade za tjelesnu / fizičku onesposobljenost.
Punomoć se obvezno obnavlja svakih 6 mjeseci.*

Prezime i ime opunomoćenika za isplatu : _____

Adresa opunomoćenika za isplatu : _____

Kontakt podaci od podnosioca zahtjeva za tjelesnu / fizičku onesposobljenost

TELEFON (obvezno popuniti) : _____

E - MAIL (ako posjeduje) : _____

U _____, _____ godine

*(Podnositelj zahtjeva ili
opunomoćenik / skrbnik)*

(Potpis zaposlenika FZ MIO/PIO)

