

PRAVO NA NERATNU INVALIDNINU

Pravo na neratnu invalidninu ostvaruju osobe kojima je prema Nalazu, ocjeni i mišljenju Instituta za medicinsko vještačenje utvrđeno oštećenje organizma u visini 100 %-prva grupa ili u visini od 90 % -druga grupa. Uz to osobe s invaliditetom mogu ostvariti pravo na dodatak za njegu i pomoć od strane druge osobe koje se ovisno o stupnju oštećenja organizma razvrstava na dodatak za njegu i pomoć od strane druge osobe I grupe – 100 % te dodatak za njegu i pomoć od strane druge osobe II grupe- 90 % te pravo na ortopedski dodatak. Novčana sredstva za neratnu invalidninu osiguravaju se u proračunu Federacije BiH. Za postupak ostvarivanja prava na neratnu invalidninu potrebna je sljedeća dokumentacija:

1. Ovjerena preslika osobne iskaznice
2. Izvadak iz matične knjige rođenih
3. Uvjerenje o državljanstvu
4. Uvjerenje o prebivalištu
5. Preslika izvorne medicinske dokumentacije o nastanku bolesti
6. Preslika rješenja o kategorizaciji za osobe ometene u fizičkom ili psihičkom razvoju (isti je potrebno priložiti samo ukoliko se radi o osobi koja je kategorizirana)
7. Potvrda o transakcijskom/tekućem računu iz banke koji je naslovljen na ime i prezime osobe s invaliditetom
8. Originalan primjerak uplatnice za medicinsko vještačenje s naznačenim imenom osobe čije se medicinsko vještačenje vrši
9. Zahtjev prema Institutu koji možete preuzeti ovdje

Nakon prikupljanja, svu naprijed navedenu dokumentaciju, jedan primjerak uplatnice te ispunjen i potpisan zahtjev poslati na adresu Institut za medicinsko vještačenje zdravstvenog stanja- Odjeljenje za prvostupanjski postupak u Mostaru-Ante Starčevića 15, 88000 Mostar **Nakon obavljenog pregleda te donesenog Nalaza ocjene i mišljenja Instituta za medicinsko vještačenje svu naprijed navedenu dokumentaciju te Nalaz, ocjenu i mišljenje Instituta potrebno je donijeti u Centar za socijalni rad kako bi se nastavio postupak ostvarivanja prava na neratnu invalidninu.**

Za sve dodatne informacije obratite se na kontakt telefon: 039/681-053

Ime i prezime stranke

Adresa stanovanja

Mjesto

**INSTITUT ZA MEDICINSKO VJEŠTAČENJE ZDRAVSTVENOG STANJA
ODJELJENJE ZA PRVOSTUPANJSKI POSTUPAK U MOSTARU**

ZAHTJEV ZA MEDICINSKO VJEŠTAČENJE

- 1. STUPNJA TJELESNOG OŠTEĆENJA**
- 2. POTREBE ZA NJEGU I POMOĆ DRUGE OSOBE**
- 3. POTREBE ORTOPEDSKOG DODATKA**

**U SVRHU OSTVARIVANJA PRAVA PO ZAKONU O OSNOVAMA SOCIJALNE
ZAŠTITE, ZAŠTITE CIVILNIH ŽRTAVA RATA I ZAŠTITE OBITELJI S DJECOM**

PREZIME (IME OCA) I IME STRANKE	
JMBG	
GODINA ROĐENJA I MJESTO	
OSOBNA ISKAZNICA BROJ-IZDATA OD	
ADRESA STANOVANJA	
MJESNA ZAJEDNICA Opisati detaljno mjesto stanovanja ukoliko je u pitanju kućna posjeta i sve promjene koje nastanu prije obilaska kućne posjete javiti na telefon <u>Odjeljenja kojem je predat zahtjev</u>	
KONTAKT TELEFON	
BRAČNI STATUS	
ZANIMANJE	
GODINE RADNOG STAŽA	
IME I PREZIME STARATELJA I KONTAKT TELEFON	
DA LI JE OSTVARENO PRAVO NA NOVČANU NAKNADU IZ TOČKE 1, 2 ILI 3 ZAHTJEVA PO NEKOM DRUGOM OSNOVU, AKO JESTE,	

OBAVEZNO PRILOŽITI FOTOKOPIJU
NALAZA ILI RJEŠENJA O PRAVU. DAVANJE
NETOČNIH PODATAKA IDE NA VLASTITU
ŠTETU I PODLIJEŽE ODGOVORNOSTI.

- Okrenite -

Uz zahtjev je neophodno priložiti slijedeću dokumentaciju:

1. Originalan primjerak uplatnice za medicinsko vještačenje s **naznačenim imenom osobe čije se medicinsko vještačenje vrši**;
2. Osobnu iskaznicu (ovjerena kopija);
3. Prijavu o mjestu prebivališta-boravišta (CIPS)
4. Izvornu medicinsku dokumentaciju o nastanku bolesti, povrede ili ozljede, medicinsku dokumentaciju o sadašnjem zdravstvenom stanju (aktualna medicinska dokumentacija) i svu medicinsku dokumentaciju sa kojom raspolazete
5. Kopiju Rješenja o kategorizaciji za osobe ometene u fizičkom ili psihičkom razvoju, (isti je potrebno priložiti samo ukoliko se radi o osobi koja je kategorizirana).

UPLATA ZA PREGLED U KUĆNOJ POSJETI (naznačiti ime osobe čije se medicinsko vještačenje vrši)

Uplatilo je (ime, adresa i telefon) _____

Svrha doznake: **KUĆNA POSJETA**

 USLUGA MEDICINSKOG VJEŠTAČENJA

 U PRVOSTUPANJSKOM POSTUPKU

KM _____

Primatelj: INSTITUT ZA MEDICINSKO VJEŠTAČENJE

JMBG:

 ZDRAVSTVENOG STANJA

 Branislava Đurđevića 12. Sarajevo

Mjesto i datum uplate: _____

Potpis i pečat nalogodavca _____

Potpis ovlaštene osobe: _____

Pečat banke

NALOG ZA UPLATU GOTOVINE

Račun primatelja

1	4	1	0	0	1	0	0	0	1	7	4	5	1	9	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

KM: **154,44**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

		/			/		
--	--	---	--	--	---	--	--

UPLATA ZA PREGLED NA INSTITUTU (naznačiti ime osobe čije se medicinsko vještačenje vrši)

NALOG ZA UPLATU GOTOVINE

Uplatilo je (im, adresa i telefon) _____

Svrha doznake: PREGLED NA INSTITUTU
USLUGA MEDICINSKOG VJEŠTAČENJA
U PRVOSTUPANJSKOM POSTUPKU

KM _____

Primatelj: INSTITUT ZA MEDICINSKO VJEŠTAČENJE

JMBG:

ZDRAVSTVENOG STANJA

Branislava Đurđevića 12. Sarajevo

Mjesto i datum uplate: _____

Potpis i pečat nalogodavca _____

Potpis ovlaštene osobe: _____

Pečat banke

Račun primatelja

1	4	1	0	0	1	0	0	0	1	7	4	5	1	9	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

KM: 102,96

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

		/			/		
--	--	---	--	--	---	--	--

JEDAN PRIMJERAK UPLATE DOSTAVITI NA ADRESU INSTITUTA!

Podnošenjem ovog zahtjeva daje se odobrenje na obradu u zahtjevu navedenih osobnih podataka od strane Instituta za medicinsko vještačenje zdravstvenog stanja, a u svrhu medicinskog vještačenja i odobrenje da podaci budu upisani na Nalazu, ocjeni i mišljenju ili drugog akta koje sastavlja Institut u okviru medicinskog vještačenja, te da budu upisani u fizičkoj i elektronskoj arhivi Instituta.

Mostar, _____ godine

Potpis podnositelja zahtjeva

(Ime, ime oca i prezime)

(adresa prebivališta, ulica, broj)

(broj telefona)

**CENTAR ZA SOCIJALNI RAD
P O S U Š J E**

PREDMET: Zahtjev za ostvarivanje novčane naknade na temelju invaliditeta

Ovim putem obraćam se Zahtjevom za ostvarivanje novčane naknade na temelju invaliditeta kao osoba s invaliditetom, što dokazujem Nalazom, ocjenom i mišljenjem Instituta za medicinsko vještačenje zdravstvenog stanja Sarajevo, odjeljenje za prvostupanjski/drugostupanjski postupak medicinskog vještačenja u Mostaru/Sarajevu.

Rođen- a sam _____ u _____,
općina _____, s prebivalištem u _____.

Kod mene je utvrđeno oštećenje organizma u visini _____ %, tuđa njega i pomoć _____ grupe kao i ortopedski dodatak _____ grupe.

U pravitku:

1. Izvadak iz matične knjige rođenih
2. Uvjerenje o državljanstvu,
3. Uvjerenje o prebivalištu,
4. Ovjerenjena preslika osobne iskaznice,
5. Medicinska dokumentacija,
6. Nalaz, ocjenu i mišljenje Instituta za medicinsko vještačenje

Posušje: _____ 202__ .godine

Podnositelj zahtjeva:
