



## IV-Anmeldung für Erwachsene / Prijava za invalidsku penziju za odrasle

Zuständige Behörde für die Einreichung der Anmeldung \_\_\_\_\_

Nadležni organ za podnošenje prijave

Einreichungsdatum der Anmeldung / Datum podnošenja prijave \_\_\_\_\_

(durch die zuständige Behörde auszufüllen) / (ispunjava nadležni organ)

### 1. Personalien / Generalije

#### 1.1 Persönliche Angaben / Lični podaci

Name / Prezime

auch der ledige Name / navedite i cursko prezime

Vorname(n) / Ime(na)

alle Vornamen, Rufnamen bitte in Grossbuchstaben / sva imena, nadimke molimo velikim štampanim slovima

weiblich / žensko  männlich / muško

Geburtsdatum / Datum rođenja

TT, MM, JJJJ / DD, MM, GGGG

Schweizerische Versichertennummer  
Broj osiguranja u Švajcarskoj

Kosovarische Versichertennummer  
Broj osiguranja u Kosovu

#### 1.2 Gesetzlicher Wohnsitz mit genauer Adresse / Zakonsko prebivalište sa tačnom adresom

Postleitzahl, Ort, Land / Poštanski broj, mesto, država

Strasse, Hausnummer / Ulica, kućni broj

Telefonnummer / Broj telefona

E-Mail

Aktueller Aufenthaltsort (falls abweichend vom gesetzlichen Wohnsitz, z. B. Spital- oder Heimaufenthalt)  
Trenutno mesto boravka (ako odstupa od zakonskog prebivališta, npr. boravak u bolnici ili boravak u domu)

Name der Institution / Naziv institucije

Postleitzahl, Ort, Land / Poštanski broj, mesto, država

Strasse, Hausnummer / Ulica, kućni broj

### 1.3 Beistandschaft und Vorsorgeauftrag / Starateljstvo i nalog za prethodno zbrinjavanje

Besteht eine Beistandschaft? / Postoji starateljstvo?  ja / da  nein / ne

Besteht ein Vorsorgeauftrag nach ZGB 360ff? / Postoji nalog za prethodno zbrinjavanje po Švajcarskom građanskom zakonu ZGB 360ff?

ja / da  
 nein / ne

Wenn ja, Name und Adresse des Beistandes/Vertreters / Ako da, naziv i adresa starateljstva/zastupnika

Wenn ja, legen Sie dieser Anmeldung eine Kopie der Ernennungsurkunde zur Beistandschaft oder des Vorsorgeauftrages bei.  
Ako da, priložite ovoj prijavi kopiju potvrde o starateljstvu ili naloga za prethodno zbrinjavanje

Sitz der zuständigen Schutzbehörde / Sedište nadležnog organa zaštite

### 1.4 Staatsangehörigkeit / Državljanstvo

Schweizer Bürgerinnen und Bürger

Švajcarska državljanica i državljanin

Heimatgemeinde/Kanton / Općina/kanton

Schweizer Bürgerrecht seit / Švajcarsko građansko pravo od

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

TT, MM, JJJJ / DD, MM, GGGG

Ausländische Staatsangehörige / Strani državljanin

Staatsangehörigkeit / Državljanstvo

Datum der Einreise in die Schweiz / Datum ulaska u Švajcarsku

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

TT, MM, JJJJ / DD, MM, GGGG

## 2. Zivilstand / Bračni status

### 2.1 Aktuelle Situation / Trenutna situacija

Ledig / neoženjen/neudata

Verheiratet seit (TT.MM.JJJJ) / oženjen/udata od (DD.MM.GGGG)

\_\_\_\_\_

Geschieden seit (TT.MM.JJJJ) / razveden/a od (DD.MM.GGGG)

\_\_\_\_\_

Verwitwet seit (TT.MM.JJJJ) / udovac/udovica od (DD.MM.GGGG)

\_\_\_\_\_

Getrennt seit (TT.MM.JJJJ) / razdvojen/a od (DD.MM.GGGG)

\_\_\_\_\_

Unverheiratet - in eingetragener Partnerschaft seit (TT.MM.JJJJ)  
neoženjen/neudata - u registrovanom partnerstvu od (DD.MM.GGGG)

\_\_\_\_\_

Personalien der Ehepartnerin/des Ehepartners bzw. der eingetragenen Partnerin/des eingetragenen Partners  
Generalije od bračne partnerke/bračnog partnera odnosno registrovane partnerke/registrovanog partnera

Name / Prezime

Vorname(n) / Ime(na)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

auch der ledige Name / navedite i cursko prezime

alle Vornamen, Rufnamen bitte in Grossbuchstaben  
sva imena, nadimke molimo velikim štampanim slovima

Geburtsdatum / Datum rođenja

Schweizerische Versicherungsnummer  
Broj osiguranja u Švajcarskoj

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

TT, MM, JJJJ / DD, MM, GGGG

Kosovarische Versicherungsnummer  
Broj osiguranja u Kosovu

## 2.2 Allfällige frühere Ehe(n) oder eingetragene Partnerschaft(en) / Raniji brak(ovi) ili registrovano(a) partnerstvo(a)

Datum der Heirat/Eintragung / Datum venčanja/upisa

Zivilstand / Bračni status

seit / od

TT, MM, JJJJ / DD, MM, GGGG

Personalien der früheren Partnerin/des früheren Partners / Generalije ranije partnerke/ranijeg partnera

Name / Prezime

Vorname(n) / Ime(na)

auch der ledige Name / navedite i cursko prezime

alle Vornamen, Rufnamen bitte in Grossbuchstaben  
sva imena, nadimke molimo velikim štampanim slovima

Geburtsdatum / Datum rođenja

Schweizerische Versichertennummer  
Broj osiguranja u Švajcarskoj

TT, MM, JJJJ / DD, MM, GGGG

Kosovarische Versichertennummer  
Broj osiguranja u Kosovu

## 3. Kinder / Deca

Bitte geben Sie uns alle Ihre Kinder an, auch wenn diese bereits volljährig sind.  
Molimo da nam navedete svu vašu decu, iako su ona već punoletna.

Name Prezime	Vorname Ime	Geburtsdatum Datum rođenja	Geschlecht Pol	Allf. Todesdatum Datum smrti	Status Status
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> w / ž <input type="checkbox"/> m / m	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> eigenes Kind vlastito dete <input type="checkbox"/> Stiefkind pastorče <input type="checkbox"/> Pflegekind posvojeno dete
TT, MM, JJJJ / DD,MM,GGGG				TT, MM, JJJJ / DD,MM,GGGG	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> w / ž <input type="checkbox"/> m / m	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> eigenes Kind vlastito dete <input type="checkbox"/> Stiefkind pastorče <input type="checkbox"/> Pflegekind posvojeno dete
TT, MM, JJJJ / DD,MM,GGGG				TT, MM, JJJJ / DD,MM,GGGG	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> w / ž <input type="checkbox"/> m / m	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> eigenes Kind vlastito dete <input type="checkbox"/> Stiefkind pastorče <input type="checkbox"/> Pflegekind posvojeno dete
TT, MM, JJJJ / DD,MM,GGGG				TT, MM, JJJJ / DD,MM,GGGG	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> w / ž <input type="checkbox"/> m / m	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> eigenes Kind vlastito dete <input type="checkbox"/> Stiefkind pastorče <input type="checkbox"/> Pflegekind posvojeno dete
TT, MM, JJJJ / DD,MM,GGGG				TT, MM, JJJJ / DD,MM,GGGG	

## 4. Allgemeine Angaben / Opšti podaci

### 4.1 Wohnsitz und Erwerbstätigkeit / Prebivalište i zapošljavanje

Hatten Sie Ihren Wohnsitz jemals ausserhalb der Schweiz oder haben Sie ausserhalb der Schweiz gearbeitet/studiert/Militärdienst geleistet? / Da li ste ikada imali svoje prebivalište izvan Švajcarske ili ste izvan Švajcarske radili/studirali/vršili vojnu dužnost?

ja / da  nein / ne

Von / od	bis / do	in / u
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TT, MM, JJJJ / DD, MM, GGGG	TT, MM, JJJJ / DD, MM, GGGG	Staat / državi
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TT, MM, JJJJ / DD, MM, GGGG	TT, MM, JJJJ / DD, MM, GGGG	Staat / državi

Bei verheirateten, verwitweten und geschiedenen Personen bzw. Personen in bestehender, durch Tod oder gerichtlich aufgelöster Partnerschaft: Hatte die Partnerin/der Partner jemals Wohnsitz ausserhalb der Schweiz oder hat er/sie ausserhalb der Schweiz gearbeitet/studiert/Militärdienst geleistet?

Kod oženjenih, udovaca i razvedenih osoba odn. osoba u postojećem, usled smrti ili zakonski prekinutom partnerstvu: Da li je partnerka/partner ikada imala/o prebivalište izvan Švajcarske ili da li je on/ona izvan Švajcarske radio/la, studirao/la/ vršio/la vojnu dužnost?

ja / da  nein / ne

Von / od	bis / do	in / u
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TT, MM, JJJJ / DD, MM, GGGG	TT, MM, JJJJ / DD, MM, GGGG	Staat / državi
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TT, MM, JJJJ / DD, MM, GGGG	TT, MM, JJJJ / DD, MM, GGGG	Staat / državi

### 4.2 Frühere Anmeldungen / Raniji zahtevi

Haben Sie oder Ihr Ehepartner/Ihre Ehepartnerin bzw. Ihr eingetragener Partner/Ihre eingetragene Partnerin bereits einmal eine Anmeldung zum Bezug von Leistungen der Alters- und oder Invalidenversicherung eingereicht?

Da li ste vi ili vaš bračni partner/vaša bračna partnerka odn. vaš registrovani partner/vaša registrovana partnerka jednom već podneli zahtev za primanje starosne ili invalidske penzije?

Für Sie? / Za vas?

ja / da  nein / ne

Für die Ehepartnerin/den Ehepartner bzw. die eingetragene Partnerin/den eingetragenen Partner?

Za bračnu partnerku/bračnog partnera odn. registrovanu partnerku/registerovanog partnera?

ja / da  nein / ne

Wenn ja, für welche Leistung? / Ako da, za koja primanja?

<input type="text"/>
----------------------

### 4.3 Arbeitsunfähigkeit / Nesposobnost za rad

Von / od	bis / do	in % / u %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TT, MM, JJJJ / DD, MM, GGGG	TT, MM, JJJJ / DD, MM, GGGG	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TT, MM, JJJJ / DD, MM, GGGG	TT, MM, JJJJ / DD, MM, GGGG	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TT, MM, JJJJ / DD, MM, GGGG	TT, MM, JJJJ / DD, MM, GGGG	



## 5. Angaben zu Bildung, Beruf und bisheriger Tätigkeit / Podaci o obrazovanju, zanimanju i dosadašnjoj delatnosti

### 5.1 Muttersprache / Maternji jezik

--

### 5.2 Besuchte Schulen / Pohađane škole

--

### 5.3 Erlerner Beruf / Obrazovanje

Art der Berufsausbildung Vrsta stručnog obrazovanja	von od	bis do	Ausweis Potvrda
<small>Studium, Lehre, Anlehre im Betrieb usw. TT, MM, JJJJ Studije, obrazovanje, učenje u fabrici itd DD,MM,GGGG</small>		<small>TT, MM, JJJJ DD,MM,GGGG</small>	<small>Fähigkeitszeugnis/Diplom usw. Potvrda o osposobljenosti/diploma itd.</small>

Name und Adresse des Lehrbetriebes / Naziv i adresa nastavnog centra

--

Art der Berufsausbildung Vrsta stručnog obrazovanja	von od	bis do	Ausweis Potvrda
<small>Studium, Lehre, Anlehre im Betrieb usw. TT, MM, JJJJ Studije, obrazovanje, učenje u fabrici itd DD,MM,GGGG</small>		<small>TT, MM, JJJJ DD,MM,GGGG</small>	<small>Fähigkeitszeugnis/Diplom usw. Potvrda o osposobljenosti/diploma itd.</small>

Name und Adresse des Lehrbetriebes / Naziv i adresa nastavnog centra

--

### 5.4 Erwerbstätige und Personen mit Nebenbeschäftigungen / Zaposleni i osobe sa dopunskim zaposlenjima

#### 5.4.1 Aktuelle/letzte Haupt-, Teil- oder Nebenbeschäftigung / Trenutno/poslednje glavno ili dodatno zaposlenje

Art der Beschäftigung / Vrsta zaposlenja	Pensum in % / penzum u %

Von / od	bis / do	Bruttoeinkommen CHF/ bruto zarada u CHF
<small>TT, MM, JJJJ / DD, MM, GGGG</small>	<small>TT, MM, JJJJ / DD, MM, GGGG</small>	<small>pro Stunde, Woche, Monat / po satu, nedelji, mesecu</small>

Name und Adresse des Arbeitgebenden / Naziv i adresa poslodavca

--

Art der Beschäftigung / Vrsta zaposlenja	Pensum in % / penzum u %

Von / od	bis / do	Bruttoeinkommen CHF / bruto zarada u CHF
<small>TT, MM, JJJJ / DD, MM, GGGG</small>	<small>TT, MM, JJJJ / DD, MM, GGGG</small>	<small>pro Stunde, Woche, Monat / po satu, nedelji, mesecu</small>

Name und Adresse des Arbeitgebenden / Naziv i adresa poslodavca

--

#### 5.4.2 Letzte Haupt-, Teil- oder Nebenbeschäftigung(en) in der Schweiz Poslednje glavno ili dodatno(a) zaposlenje(a) u Švajcarskoj

Art der Beschäftigung / Vrsta zaposlenja	Pensum in % / penzum u %

Von / od	bis / do	Bruttoeinkommen CHF / bruto zarada u CHF
<small>TT, MM, JJJJ / DD, MM, GGGG</small>	<small>TT, MM, JJJJ / DD, MM, GGGG</small>	<small>pro Stunde, Woche, Monat / po satu, nedelji, mesecu</small>

Name und Adresse des Arbeitgebenden / Naziv i adresa poslodavca

Art der Beschäftigung / Vrsta zaposlenja	Pensum in % / penzum u %

Von / od	bis / do	Bruttoeinkommen CHF / bruto zarada u CHF
<small>TT, MM, JJJJ / DD, MM, GGGG</small>	<small>TT, MM, JJJJ / DD, MM, GGGG</small>	<small>pro Stunde, Woche, Monat / po satu, nedelji, mesecu</small>

Name und Adresse des Arbeitgebenden / Naziv i adresa poslodavca

#### 5.5 Nichterwerbstätige / Nezaposleni

Art der Beschäftigung / Vrsta delatnosti	von / od	bis / do
<small>Hausfrau/Hausmann, Studentin/Student usw. domaćica/domaćin, studentkinja/student itd.</small>	<small>TT, MM, JJJJ DD, MM, GGGG</small>	<small>TT, MM, JJJJ DD, MM, GGGG</small>

<small>Hausfrau/Hausmann, Studentin/Student usw. domaćica/domaćin, studentkinja/student itd.</small>	<small>TT, MM, JJJJ DD, MM, GGGG</small>	<small>TT, MM, JJJJ DD, MM, GGGG</small>

### 6. Angaben zur gesundheitlichen Beeinträchtigung / Podaci o narušenom zdravlju

#### 6.1 Nähere Angaben zur Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung / Bliži podaci o vrsti narušenog zdravlja

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

Seit wann besteht die gesundheitliche Beeinträchtigung? / Od kada postoji narušeno zdravlje?

------

#### 6.2 Unfall oder Schadenereignis / Nesreća ili štetni događaj

Die gesundheitliche Beeinträchtigung ist ganz oder teilweise zurückzuführen auf:  
Zdravstveno narušivanje treba u potpunosti ili delimično povezati sa:

- einen Unfall (z. B. Strassenverkehr, Ausübung beruflicher oder sportlicher Aktivität, Gewaltdelikt, usw.)  
nesrećom (npr. saobraćaj, obavljanje radnih ili sportskih aktivnosti, nasilje, itd.)
- ein anderes Schadenereignis (z. B. mögliche ärztliche Sorgfaltspflichtverletzung, Infekt in einem Spital, Schädigung durch  
Tiere, durch Produkte, Suizidversuch, usw.)  
drugim štetnim događajem (npr. moguća povreda obaveze lekarske pažnje, infekcija u bolnici, povreda od strane životinja, od  
strane proizvoda, pokušaja samoubistva itd.)
- eine Krankheit / bolešću

Ergänzende Bemerkungen zum Ereignis / Dodatne napomene u vezi sa događajem

### 6.3 Arzt, Spital oder Pflegeheim / Lekar, bolnica ili dom za nemoćne osobe

Bitte geben Sie uns hier Ihren Hausarzt sowie weitere behandelnde Ärzte, Spitäler oder Pflegeheime an.  
Molimo da nam ovde naznačite vašeg kućnog lekara kao i druge tretirajuće lekare, bolnice ili dom za nemoćne osobe

Name und Adresse / Naziv i adresa

Fachrichtung / Specijalnost

Für welche Leiden? / Za koje tegobe?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

In Behandlung von / Na tretmanu od

In Behandlung bis / Na tretmanu do

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

TT, MM, JJJJ / DD, MM, GGGG

TT, MM, JJJJ / DD, MM, GGGG

Name und Adresse / Naziv i adresa

Fachrichtung / Specijalnost

Für welche Leiden? / Za koje tegobe?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

In Behandlung von / Na tretmanu od

In Behandlung bis / Na tretmanu do

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

TT, MM, JJJJ / DD, MM, GGGG

TT, MM, JJJJ / DD, MM, GGGG

### 6.4 Medizinische Hilfsmittel / Pomoćna medicinska sredstva

Haben Sie bereits Hilfsmittel der Invalidenversicherung (Rollstuhl, Prothesen usw.) bezogen?  
Da li ste već dobili pomoćna sredstva invalidskog osiguranja (invalidska kolica, proteze itd.)?

ja / da  nein / ne

Wenn ja, welche? / Ako da, koja?

Seit wann? / Od kada?

### 7. Zahlungsverbindung / Detalji u vezi sa isplatom

Bankkonto / račun u banci  Postkonto / račun u pošti

lautend auf / koji glasi na

Name/Vorname / Prezime/Ime

IBAN / IBAN (Međunarodni broj bankovnog računa)

Bankidentifikationscode (Clearing/SWIFT/BIC)

Bankarski identifikacioni kod (clearing/SWIFT/BIC)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Name und Adresse der Bank / Naziv i adresa banke



## 8. Ermächtigung zur Erteilung von Auskünften / Ovlašćenje za pružanje informacija

Mit der Geltendmachung des Leistungsanspruchs und der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigt die versicherte Person oder ihr/e Vertreter/in die in der Anmeldung erwähnten Personen und Stellen, den Organen der Invalidenversicherung alle Auskünfte zu erteilen und alle Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die für die Abklärung von Leistungs- und Regressansprüchen erforderlich sind. Diese Personen und Stellen sind zur Auskunft verpflichtet.

Die in diesem Formular nicht namentlich erwähnten Arbeitgeber, Leistungserbringer nach den Artikeln 36–40 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG), Versicherungen und Amtsstellen sind ermächtigt, den Organen der Invalidenversicherung auf Anfrage alle Auskünfte zu erteilen und alle Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die für die Abklärung von Leistungs- und Regressansprüchen erforderlich sind.

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigt die versicherte Person oder ihre Vertreterin/ihr Vertreter auch Anwälte/Anwältinnen für den Rückgriff auf Dritte Auskunft zu geben. Sämtliche genannten Personen und Behörden werden von der versicherten Person im Rahmen der vorliegenden Ermächtigung gegenüber den Organen der Invalidenversicherung von ihrer auf Amts- oder Berufsgeheimnis beruhenden Schweigepflicht befreit.

Diese Ermächtigung berechtigt die IV-Stelle, die für die Eingliederung infrage kommenden Stellen (behandelnde Ärzte, Arbeitgebende, Institutionen) zu informieren.

Primenom prava na osnovanost zahteva i potpisivanjem ovog formulara, osigurana osoba ili njegov/a zastupnik/ca ovlašćuje u prijavi navedena lica i mesta, da organima invalidskog osiguranja daju sve informacije i da stave na raspolaganje sva dokumenta, koja su neophodna za pojašnjenje zahteva za davanja i naknadama. Ova lica i nadležni organi su obavezni da daju informacije.

U ovom formularu ne poimence spomenuti poslodavac, nosilac za davanja u skladu sa članovima 36 do 40 Svajcarskog saveznog zakona o zdravstvenom osiguranju (KVG), osiguravajuća društva i vladine agencije su ovlašćeni da organima invalidskog osiguranja na zahtev daju sve informacije i stave na raspolaganje sva dokumenta, koja su neophodna za pojašnjenje zahteva za davanje i za naknade.

Potpisivanjem ovog formulara, osiguranik ili njegova zastupnica/njegov zastupnik ovlašćuje i advokate/advokatice, da na poziv trećim licima daju informacije. Sve navedene osobe i organi se od strane osiguranika na osnovu predatog ovlašćenja oslobađaju od njihove obaveze ćutanja zasnovanoj na službenoj i profesionalnoj tajni u odnosu na organe invalidskog osiguranja.

Ovo ovlašćenje daje pravo Organu invalidskog osiguranja, da informiše mesta koja dolaze u obzir za integraciju (ordinirajuće lekare, poslodavce, institucije).

## 9. Mitwirkungspflicht / Obaveza saradnje

Die versicherte Person verpflichtet sich, alles ihr Zumutbare zu unternehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit zu verringern und den Eintritt einer Invalidität zu verhindern.

Im Weiteren nimmt sie zur Kenntnis, dass sie an allen zumutbaren Massnahmen aktiv teilnehmen muss.

Osigurano lice se obavezuje, da učini sve što je u njegovoj mogućnosti, da bi smanjilo trajanje i obim nesposobnosti za rad i sprečilo nastupanje invaliditeta.

Pored toga, ono prima k znanju, da mora aktivno učestvovati u svim razumnim merama.

## 10. Unterschrift/Beilagen / Potpis/Prilozi

Der/die Unterzeichnete bestätigt, dass sämtliche Angaben in diesem Formular und den dazugehörenden Beilagen wahrheitsgetreu und vollständig sind.

Potpisnik/ca potvrđuje, da su svi podaci u ovom formularu kao i pripadajući prilozi istiniti i potpuni.

Datum / Datum

Unterschrift des/der Versicherten oder des Vertreters/der Vertreterin / Potpis osiguranika/ce ili zastupnika/zastupnice

Adresse des Vertreters/der Vertreterin, sofern der/die Versicherte nicht unterschreiben kann  
Adresa zastupnika/ce, ukoliko osiguranik/ca ne može sam/sama da potpiše

Bemerkungen / Napomene

**Der Anmeldung sind beizulegen: / Uz prijavu treba priložiti:**

- Sämtliche Versicherungsausweise der AHV/IV der leistungsberechtigten Personen in Kopie  
Kopije svih iskaznica osiguranja od AHV/IV osoba sa pravom na primanja
- Kopie eines amtlichen Personalausweises (z. B. Familienbüchlein, Personenstandsausweis oder Familienschein, Schriftenempfangsschein, Reisepass, Partnerschaftsurkunde), aus dem die Personalien aller in dieser Anmeldung genannten Personen ersichtlich sind  
Kopiju zvanične lične isprave (npr. porodičnu knjižicu, uverenje o građanskom statusu ili porodični certifikat, pisanu potvrdu o prijemu, pasoš, ispravu o partnerstvu), iz koje se vide pojedinosti svih u ovoj prijavi navedenih lica
- Für ausländische Staatsangehörige: Kopie Ihres Ausländerausweises  
Za strane državljanе: kopiju vaše inostrane isprave

**Gegebenenfalls sind beizulegen: / Po potrebi treba priložiti:**

- Ausbildungsbescheinigungen und Belege von Lehrbetrieben, Hochschulen und Arbeitgebenden, Arztzeugnisse, Kopie des Scheidungs- oder Trennungsurteils, inkl. Rechtskraftbescheinigung oder der gerichtlich genehmigten Scheidungs- oder Trennungskonvention bzw. analoger Dokumente bei eingetragenen Partnerschaften, Kopien der Geburtsscheine der Kinder, Lebensbescheinigung, Todesschein, Ernennungsurkunde zur Beistandschaft, Vorsorgeauftrag  
Potvrde o obrazovanju i potvrde od institucija za obuku, fakulteta i poslodavaca, potvrde od lekara, kopije presuda o razvodu ili razdvajanju uključ. potvrde o stupanju na snagu ili sudski odobrenih konvencija o razvodu ili razdvajanju odn. sličnih dokumenata kod registrovanih partnerstava, kopije izvoda iz knjiga rođenih za decu, potvrda o životu, potvrda o smrti, potvrda o imenovanju staratelja, prethodno zbrinjavanje

**Bitte heften Sie die Dokumente nicht zusammen / Molimo da ne heftate dokumente**

**11. Zuständige Behörde für die Einreichung der Anmeldung / Nadležni organ za podnošenje prijave**

Die für die Einreichung der Anmeldung zuständige Behörde bestätigt, dass die in dieser Anmeldung unter den Ziffern 1 bis 3 enthaltenen Angaben aufgrund der eingereichten Belege überprüft wurden.  
Organ nadležan za podnošenje prijave potvrđuje, da su u ovoj Prijavi pod brojem 1 do 3 sadržani podaci na osnovu predatih dokaza provereni.

Ort und Datum / Mesto i datum	Stempel und Unterschrift der zuständigen Behörde Pečat i potpis nadležnog organa