



УПРАВА ГРАДСКЕ ОПШТИНЕ ОБРЕНОВАЦ
Одељење за буџет, финансије, привреду и друштвене
делатности
Одсек за борачко-инвалидску заштиту и избеглице
Захтев за повећање процента инвалидитета

Молимо вас, да образац попуните читко штампаним словима.

1. Подаци о лицу које подноси захтев:

Име и презиме																
Јединствени матични број (ЈМБГ)	<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td></tr></table>															
Улица и број																
Контакт телефон																
e-mail																

Молим да ми повећате проценат инвалидитета услед погоршања здравственог стања.

Решењем општине _____

Бр. _____ од _____ признато ми је својство _____
Ратног – мирнодопског војног инвалида – цивилног инвалида рата _____ групе са _____ %
инвалидитета, по основу:

Међутим, код мене је наступило погоршање здравственог стања по већ признатом основу

Уз захтев прилажем најновије медицинске налазе из којих се може закључити да је, вероватно, дошло до погоршања здравственог стања, а по основу признавања својства војног инвалида.

Предлажем да се покрене поновни поступак у циљу утврђивања процента инвалидитета који одговара садашњем здравственом стању.

ПРИЛОЗИ:

QMS-RP-003-033.01

- Оригинална медицинска документацију не старију од 6 месеци која се односи на признати основ инвалидитета
- Војни инвалид има право да поднесе захтев за повећање процента инвалидитета по истеку две године од дана доношења коначног решења

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА

Датум: _____

(потпис)