



УПРАВА ГРАДСКЕ ОПШТИНЕ ОБРЕНОВАЦ  
Одељење за општу управу

Одсек за борачко-инвалидску заштиту и избеглице  
Захтев за повећање процента инвалидитета

[ ]

Молимо Вас да образац поуните читко штампаним словима.

**1. Подаци о лицу које подноси захтев:**

Име и презиме												
Јединствени матични број (ЈМБГ)												
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:**

- 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

Датум: \_\_\_\_\_

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА

\_\_\_\_\_  
(потпис)