



УПРАВА ГРАДСКЕ ОПШТИНЕ ОБРЕНОВАЦ
Одељење за општу управу
Одсек за борачко-инвалидску заштиту и избеглице
Захтев за признавање права на ортопедска помагала

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%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																				
Улица и број																					
Контакт телефон																					
e-mail																					

Признато ми је својство ратног војног – мирнодопског војног инвалида – по основу

Молим да ми се у смислу Закона о основним правима бораца, војних инвалида и породица палих бораца и Правилником о ортопедским помагалима војних инвалида, призна право на следећа ортопедска помагала:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

- a) Право на ортопедска помагала нисам до сада остваривао.
b) Право на ортопедска помагала ми је било признато решењем општине _____ бр. _____ од _____ и то следећа помагала _____

Рок трајања помагала истиче дана _____ године.

ПРИЛОЗИ:

- Оригинални налаз специјалисте физикалне медицине и рехабилитације и специјалисте ортопедије о оправданости добијања помагала не старији од 6 месеци

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА

Датум: _____

(потпис)