



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

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></tr></table>														
Улица и број															
Контакт телефон															
e-mail															

Молим да ми признате право на ортопедски додатак.

Признато ми је својство ратног војног – мирнодопског војног инвалида – цивилног инвалида рата, по основу _____

Молим да ми се у смислу Закона о основним правима бораца, војних инвалида и породица палих бораца, призна право на ортопедски додатак.

НАПОМЕНА:

Ово право могу остварити војни инвалид и цивилни инвалид рата од **I – VI групе** коме је војни инвалидитет утврђен због оштећења организма које је непосредна последица задобијене ране, повреде, озледе или болести, која је проузроковала ампутацију екстремитета или тешко оштећење функције екстремитета, као и због потпуног губитка вида на оба ока.

ПРИЛОЗИ:

- Оригинална медицинска документација не старија од 6 месеци

Датум: _____

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА

(потпис)