



НОВИ БЕОГРАД
www.novibeograd.rs

УПРАВА ГРАДСКЕ ОПШТИНЕ НОВИ БЕОГРАД
Одељење за друштвене делатности
Одсек за борачку и инвалидску заштиту

Захтев за повећање процента
инвалидитета услед погоршања
здравственог стања



Молимо вас, да образац попуните читко штампаним словима.

1. Подаци о лицу које подноси захтев:

Име и презиме	
Јединствени матични број (ЈМБГ)	
Улица и број	
Контакт телефон	
e-mail	

Решењем Управе општине _____
бр. _____ од _____ године; Градске управе за борачку и
инвалидску заштиту бр. _____ од _____ године, признато ми је
својство _____ војног инвалида _____ групе са _____%
инвалидитета, по основу _____

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

Уз захтев прилажем најновију медицинску документацију из које 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.

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА

Датум _____

(потпис)