ЗАХТЕВ ЗА ДОДАТАК ЗА НЕГУ

КОРИСНИКА МЕСЕЧНОГ НОВЧАНОГ ПРИМАЊА

На основу . Закона о правима бораца, војних инвалида и чланова њихових породица („Службени гласник СРС”, број 54/89, „Службени гласник РС“ број 137/04, 69/12 - УС), као корисник месечног новчаног примања, подносим захтев за додатак за негу, због нарушеног здравственог стања.

Решење којим ми је признато право на месечно новчано примање налази се у мом инвалидском предмету, те вас молим да по службеној дужности прибавите податак о овој чињеници.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(име и презиме подносиоца захтева), ЈМБГ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Уз захтев достављам:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **РБ** | **Документа** | **Форма документа** |
| **1**  | Медицинска документација не старија од 6 месеци | Оригинал |

**Напомене:** Градска/општинска управа дужна је да реши предмет у року од 30дана од дана подношења захтева .

Место и датум \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адреса

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Број личне карте

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контакт телефон

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Потпис