



**РЕПУБЛИКА СРБИЈА**  
**ОПШТИНА ВРЊАЧКА БАЊА**  
**ОДСЕК ЗА ПРИВРЕДУ И ДРУШТВЕНЕ ДЕЛАТНОСТИ**

**ЗАХТЕВ ЗА ДОДАТАК ЗА НЕГУ**  
**КОРИСНИКА МЕСЕЧНОГ НОВЧАНОГ ПРИМАЊА**

На основу члана 16. 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 додаток 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 60 дана од дана достављања уредне документације

Место и датум \_\_\_\_\_

Адреса

\_\_\_\_\_

Број личне карте

\_\_\_\_\_

Контакт телефон

\_\_\_\_\_

Потпис