



РЕПУБЛИКА СРБИЈА – АП ВОЈВОДИНА
ОПШТИНА ЖИТИШТЕ
ОДЕЉЕЊЕ ЗА 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 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 60 дана од дана достављања уредне документације

Место и датум _____

Адреса

_____ Број личне карте

_____ Контакт телефон

_____ Потпис