



GRAD GORAŽDE

Služba za boračko-invalidsku i socijalnu zaštitu

BIZ-05-

Podnosilac zahtjeva (prezime, ime oca i ime)

_____ br: _____

Adresa

Telefon - mobilni

ZAHTJEV ZA UTVRĐIVANJE NOVOG PROCENTA VOJNOG INVALIDITETA PO OSNOVU
POGORŠANJA, ORTOPEDSKOG DODATKA I PRAVO NA TUĐU NJEGU OD STRANE DRUGOG
LICA

Rješenjem nadležne Službe priznat mi je status vojnog invalida _____ grupe sa
_____ % vojnog invaliditeta.

Kako se moje zdravstveno stanje znatno pogoršalo u odnosu na ranije, molim naslov da me uputi na Ljekarski komisiju kako bi mi utvrdila novi procenat vojnog invaliditeta po osnovu tog pogoršanja i prizna pravo na :

1. Ličnu invalidninu sa povećanim procentom invaliditeta
2. Ortopedski dodatak,
3. Njega i pomoć od strane drugog lica

Uz zahtjev prilažem novu medicinsku dokumentaciju koja ukazuje na pogoršanje mog zdravstvenog stanja.

Obrazloženje: _____

Dokumentacija se prilaže u originalu ili ovjerenoj kopiji, a ista ne može biti starija od šest mjeseci.

Goražde, ___ / ___ / _____.

Podnosilac zahtjeva

NAPOMENA: Nadležna služba dužna je u roku od 3 dana od dana prijema zahtjeva izvršiti pregled dokumentacije i u roku od 15 dana od dana dostavljanja potpune dokumentacije, riješiti Vaš zahtjev.

Na osnovu Zakona o administrativnim taksama BPK, stranka je oslobođena plaćanja takse i ovjere dokumenata u ove svrhe.