

Број: \_\_\_\_\_ / 09  
Датум: \_\_\_\_\_ / 09  
Барајево

**Подносилац захтева**

ПРЕЗИМЕ:
ИМЕ:
ЈМБГ:
БРОЈ ЛИЧНЕ КАРТЕ :
АДРЕСА:
ТЕЛЕФОН У СТАНУ:
МОБИЛНИ ТЕЛЕФОН:

Предмет: **Захтев за повећање процента инвалидитета  
услед погоршања здравственог стања**

Молим да ми повећате проценат инвалидитета услед погоршања здравственог стања.

Решењем Скупштине општине \_\_\_\_\_

Бр. \_\_\_\_\_ признато ми је својство \_\_\_\_\_

Војног инвалида \_\_\_\_\_ групе са \_\_\_\_\_ % инвалидитета, по основу

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

Међутим, код мене је наступило погоршање здравственог стања по већ признатом  
основу \_\_\_\_\_

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

Уз захтев прилажем најновије медицинске налазе из којих 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.

**УЗ ЗАХТЕВ ПРИЛАЖЕМ:**

1. Медицинску документацију не старију од 6 месеци која се односи на признати основ инвалидитета
2. Војни инвалид има право да поднесе захтев за повећање процента инвалидитета по истеку две године од дана доношења коначног решења

**Потпис подносиоца**

У Барајеву, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_