



**УПРАВА ГРАДСКЕ ОПШТИНЕ ОБРЕНОВАЦ**  
Одељење за буџет, финансије, привреду и друштвене  
делатности  
**Одсек за борачко-инвалидску заштиту и избеглице**  
Захтев за признавање права на ортопедски додатак



Молимо вас, да образац попуните читко штампаним словима.

**1. Подаци о лицу које подноси захтев:**

Име и презиме												
Јединствени матични број (ЈМБГ)												
Улица и број												
Контакт телефон												
e-mail												

Молим да ми признате право на ортопедски додатак.

Признато ми је својство ратног војног – мирнодопског војног инвалида – цивилног инвалида рата, по основу \_\_\_\_\_

Молим да ми се у смислу Закона о основним правима бораца, војних инвалида и породица палих бораца, призна право на ортопедски додатак.

**НАПОМЕНА:**

Ово право могу остварити војни инвалид и цивилни инвалид рата од **I – VI групе** коме је војни инвалидитет утврђен због оштећења организма које је непосредна последица задобијене ране, повреде, озледе или болести, која је проузроковала ампутацију екстремитета или тешко оштећење функције екстремитета, као и због потпуног губитка вида на оба ока.

**ПРИЛОЗИ:**

- Оригинална медицинска документација не старија од 6 месеци

Датум: \_\_\_\_\_

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА

\_\_\_\_\_  
(потпис)

QMS-RP-003-034.01