



УПРАВА ГРАДСКЕ ОПШТИНЕ ЛАЗАРЕВАЦ	
Одељење за управу	
Тел: 011/8121-211	E-mail: biz@lazarevac.rs

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 – У и 50/2018), 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:

Управа градске општине Лазаревац, дужна је да реши предмет у року од 60 дана од дана достављања уредне документације

Место и датум _____

Име и презиме подносиоца захтева

Адреса

Број личне карте

Контакт телефон

Потпис

