

ГРАДСКА ОПШТИНА СТАРИ ГРАД – УПРАВА ГРАДСКЕ ОПШТИНЕ
**Одељење за скупштинске послове, послове Већа и
председника и услужни центар**

улица Македонска број 42
Б Е О Г Р А Д

**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 и „Службени гласник РС”, број 137/04, 69/12 – УС и 50/18), као корисник месечног новчаног примања, подносим захтев за додаток 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)

место рођења _____, година рођења _____,
име оца _____.

Уз захтев достављам:
- Медицинску документација не старију од 6 месеци

У Београду,

дана _____ . године

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА

(презиме и име)

(адреса)

Контакт: _____