



Podnosioc zahtjeva

Obrazac : 09-09.2

Služba za boračko-invalidsku, socijalnu zaštitu i društvene djelatnosti

Odsjek za boračko-invalidsku zaštitu

Prezime i ime

Prijemni pečat

Adresa stanovanja

Kontakt telefon

**PREDMET: POVEĆANJE PROCENTA INVALIDNOSTI**

Broj i godina rješenja

Ime organa koji je donio rješenje

Status, grupa i priznati procenat invaliditeta

**POTREBNA KU NTACIJA**

Traženi dokument	Institucija koja izdaje dok.	Forma	Komentar
Medicinska dokumentaciju od ljekara specijaliste (ne starija od 6 mjeseci)	Zdravstvena institucija	Original ili ovjerena kopija	-

**TAKSE I NAKNADE**

Naziv takse/naknade	Iznos takse/naknade	Broj računa	Poziv na br./Komentar
-	-	-	-

**Rok za rješavanje urednog predmeta (sa potpunom dokumentacijom): 60 dana**

(Datum podnošenja zahtjeva)

(Potpis podnosioca/podnositelja zahtjeva)

**Napomena:** Potpisom na obrascu, podnosilac zahtjeva potvrđuje saglasnost da se dokumentacija pribavlja po službenoj dužnosti ukoliko s njom raspolaže općinski organ. Obrazac čitko popuniti !