



Bosna i Hercegovina
Federacija Bosne i Hercegovine
Tuzlanski kanton
GRAD GRADAČAC

H.k. Gradašćevića 4, 76 250 Gradačac, telefon 035-369-750, fax. 035-369-751, e-mail: opc.grad@bih.net.ba, www.gradacac.ba

(Prezime, ime oca i ime)

JMB

(Adresa podnosioca zahtjeva)

**GRADSKA SLUŽBA ZA DRUŠTVENE DJELATNOSTI,
BORAČKO - INVALIDSKU I SOCIJALNU ZAŠTITU**

PREDMET: Zahtjev za utvrđivanje novog procenta vojnog invaliditeta i dodatka za njegu i pomoć od strane drugog lica, zbog nastalih promjena,-

Rješenjem Prvostepenog-Drugostepenog organa, br. _____ od _____ godine, priznat sam za RVI - MVI _____ grupe sa _____% trajnog - privremenog vojnog invaliditeta po osnovu ranjavanja - povređivanja - oboljenja _____

Kako je moje zdravstveno stanje pogoršano, to vas molim da me uputite na ljekarski pregled radi novog procenta vojnog invaliditeta zbog pogoršanja zdravstvenog stanja i prava na dodatak za njegu i pomoć od strane drugog lica .

Pogoršanje se odnosi na : _____

Uz ovaj zahtjev **prilažem novu medicinsku dokumentaciju** koja se odnosi na navedene promjene.

Gradačac, _____ 2025. godine

PODNOŠILAC ZAHTJEVA

telefon : _____