

**Република Србија**

**Град Ниш**

**Градска управа за друштвене делатности**

**Број:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Датум:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ниш, Пријездина 1**

**Тел. 018/504-477**

**ЗАХТЕВ ЗА ОРТОПЕДСКА И ДРУГА ПОМАГАЛА РАТНОГ ВОЈНОГ ИНВАЛИДА , МИРНОДОПСКОГ ВОЈНОГ ИНВАЛИДА и цивилног инвалида рата**

На основу члана 63 Закона о правима бораца, војних инвалида,цивилних инвалида рата и чланова њихових породица (,,Сл. Гласник РС“ број 18/2020, и члана 20. Правилника о ортопедским помагалима војних инвалида („Службени гласник РС“ број 45/2009, 24/16), подносим захтев за признавање права на ортопедско и друго помагало:

(заокружити)

Ратног војног инвалида

Мирнодопског војног инвалида

Цивилног инвалида рата

Решење којим ми је признато својство војног инвалида \_\_\_\_\_\_групе, 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** | Фотокопија личне карте или извод чиповане личне карте | Оригинал/оверена копија |
| **2.** | Медицинска документација не старија од 6 месеци (налаз спец. физикалне медицине и рехабилитације и налаз спец. ортопедије) | Оригинал |

Упознат/а сам са одредбом члана 103. став 3. Закона о општем управном поступку („Службени гласник РС“, бр. 18/2016), којом је прописано да у поступку који се покреће по захтеву странке орган може да врши увид, прибавља и обрађује личне податке о чињеницама о којима се води службена евиденција када је то неопходно за одлучивање, осим ако странка изричито изјави да ће те податке прибавити сама. Ако странка у року не поднесе личне податке неопходне за одлучивање органа, захтев за покретање поступка ће се сматрати неуредним.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **ОЗНАЧИТЕ ЗНАКОМ X У ПОЉИМА ИСПОД** | |
| **РБ** | Подаци из документа | **Сагласан сам да податке прибави орган** | **Достављам сам** |
| **1.** | Решење о признавању својства РВИ / МВИ |  |  |
| **2.** | Потврда Републичког Фонда за здравствено осигурање да подносилац захтева не остварује право на помагало |  |  |
| **3.** | Потврда Фонда за социјално осигурање војних осигураника да подносилац захтева не остварује право на помагало |  |  |

**Напомене: Градска/општинска управа дужна је да реши предмет у року од 60дана од дана достављања уредне документације**

Место и датум \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адреса

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Број личне карте

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контакт телефон

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Потпис

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_