

(име и презиме подносиоца захтјева)
(име једног родитеља)
ЈМБ: _____
БРОЈ ЛК и МУП: _____
КОНТАКТ АДРЕСА: _____
КОНТАКТ ТЕЛ: _____

**РЕПУБЛИКА СРПСКА
ОПШТИНА ЛОПАРЕ
НАЧЕЛНИК
ОПШТИНСКА УПРАВА
ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА ОПШТУ УПРАВУ**

ПРЕДМЕТ: Захтјев за понављање поступка за оцјену инвалидности по основу погоршања здравственог стања

Статус РВИ _____ категорије стекао сам, по коначном налазу Првостепене љекарске комисије и рјешењу Првостепеног органа број: _____ од _____ године по основу рањавања, обољења или заробљеништва.

Пошто је у међувремену дошло до погоршања мога здравственог стања, тражим да се у поновљеном поступку цијени инвалидност и призна право на личну инвалиднину са новонасталим здравственим стањем, што доказујем медицинском документацијом, и другим доказним средствима, која, у поступку, орган затражи.

Уз захтјев прилажем:

1. Копија рјешења о инвалидности,
2. Нова медицинска документација (оригинал) и
3. Извод из матичне књиге рођених.

Лопаре, _____ године.

Подносилац захтјева

УЗ ЗАХТЈЕВ ЈЕ ПОТРЕБНО ПРИЛОЖИТИ:

1. Копија рјешења о инвалидности,
(овјерава се у шалтер-сали општине),
2. Нова медицинска документација (оригинал)
(добија се у здравственој установи) и
3. Извод из матичне књиге рођених
(добија се у матичној служби у мјесту уписа).

ЗАХТЈЕВ СЕ ПРЕДАЈЕ У ШАЛТЕР-САЛИ ОПШТИНЕ.

НАПОМЕНА:

Документа не смију бити старија од шест мјесеци, осим извода из матичних књига који су издати у Републици Српској.
Свака фотокопија документа мора бити овјерена код матичара или нотара.

РОК ЗА РЈЕШАВАЊЕ:

30 дана од дана пријема комплетног захтјева са прилозима.