
(ime i prezime)

(datum i mjesto rođenja)

(adresa prebivališta)

(telefon)

KARLOVAČKA ŽUPANIJA
Upravni odjel za hrvatske branitelje i zdravstvo

**ZAHTJEV ZA POVEĆANJEM POSTOTKA I PRAVO NA
DODATAK ZA NJEGU I POMOĆ DRUGE OSOBE**

kao priznatog: (zaokružiti)

- RATNOG VOJNOG INVALIDA IZ DRUGOG SVJETSKOG RATA
- MIRNODOPSKOG VOJNOG INVALIDA
- CIVILNOG INVALIDA RATA
- CIVILNOG INVALIDA DOMOVINSKOG RATA

Priznati/a sam _____ invalid _____ rata, sa
utvrđenih _____ % oštećenja organizma stalno.

Obzirom da je došlo do pogoršanja mog zdravstvenog stanja koje se odnosi na utvrđeno oštećenje, molim Naslov da pokrene postupak radi utvrđivanja povećanja postotka oštećenja organizma, te priznavanja prava na dodatak za njegu i pomoć druge osobe.

U _____, _____
(datum)

(potpis podnositelja zahtjeva)

Zahtjevu prilažem:

1. presliku osobne iskaznice ili uvjerenje o prebivalištu
2. medicinsku dokumentaciju
3. _____
4. _____