

## Б А Р А Њ Е

### за остварување на право на посебен додаток за мобилност

Од \_\_\_\_\_, со стан на улица:  
\_\_\_\_\_ бр: \_\_\_\_\_, од \_\_\_\_\_, општина  
\_\_\_\_\_, телефон \_\_\_\_\_.

Поради неможност сам/а да ги извршувам своите основни животни потреби, затоа што имам 100 % телесен инвалидитет и за што користам инвалидска количка, барам да ми се признае остварување на право на посебен додаток за мобилност.

- ПРИЛОГ:
1. Медицинска документација
  2. Наод и Мислење од стручен орган
    - Ј.З.У. Завод за физикална медицина и медицинска рехабилитација, Скопје,
    - Ј.З.У. Клиничка болница Битола
    - Ј.З.У. Клиничка болница Тетово
    - Ј.З.У. Здравствен дом Штип
  3. Лична карта-фотокопија
  4. Трансакциона сметка (фотокопија)

Место и датум \_\_\_\_\_

ПОДНОСИТЕЛ,  
\_\_\_\_\_

На изјава од подносителот пополнува работник од Центарот за социјална работа.

Имајќи ја во предвид констатирана состојба од приложената документација, именованиот **МОЖЕ-НЕМОЖЕ** да оствари право на посебен додаток за мобилност.

Место и датум \_\_\_\_\_