

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ПЕНЗИЈСКО И
ИНВАЛИДСКО ОСИГУРАЊЕ

ПОКРАЈИНСКИ ФОНД ЗА ПЕНЗИЈСКО И
ИНВАЛИДСКО ОСИГУРАЊЕ

ФИЛИЈАЛА _____

Број досијеа _____
(попуњава овлашћени радник Фонда)

**ЗАХТЕВ ЗА УТВРЂИВАЊЕ ПРОЦЕНТА ТЕЛЕСНОГ ОШТЕЋЕЊА РАДИ ОСТВАРИВАЊА ПРАВА НА
ОСЛОБАЂАЊЕ ОД ПЛАЋАЊА:**

(ОДГОВАРАЈУЋИ КВАДРАТИЋ ОЗНАЧИТИ СА "X")

УВОЗНИХ ДАЖБИНА - према члану 216. став 1. тачка 13. Царинског закона ("Службени гласник РС", број 18/10)

ДАЖБИНА ПРИЛИКОМ РЕГИСТРАЦИЈЕ МОТОРНИХ ВОЗИЛА - према одредби члана 5. став 1. тач. 1), 2) и 2а) Закона о порезима на употребу, држање и ношење добара ("Службени гласник РС", бр. 26/01... 101/10)

ОСТАЛО _____

НАПОМЕНА: Потврда која се издаје ради ослобађања од плаћања увозних дажбина доставља се Министарству рада, запошљавања и социјалне политике

I ПОДАЦИ О ПОДНОСИОЦУ ЗАХТЕВА Податке у захтеву уписати штампаним словима, а тачан податак потврдити са X

A. ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА

1. а. ПРЕЗИМЕ, ИМЕ РОДИТЕЉА И ИМЕ _____

б. РАНИЈА ПРЕЗИМЕНА (ДЕВОЈАЧКО, ОСТАЛА) _____

2. а. ЈЕДИНСТВЕНИ МАТИЧНИ БРОЈ ГРАЂАНА (ИЗ ЛИЧНЕ КАРТЕ ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА) _____

б. ЛИЧНИ БРОЈ ОСИГУРАНИКА (ИЗ РАДНЕ КЊИЖИЦЕ ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА) _____

3. а. МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА И ОПШТИНА (АРДЕСА ИЗ ВАЖЕЋЕ ЛИЧНЕ КАРТЕ) _____ (УЛИЦА И БРОЈ)

(ЗА ПРИВРЕМЕНО РАСЕЉЕНА ЛИЦА СА ПОДРУЧИЈА КИМ АДРЕСА ИЗ ЗЕЛЕНОГ КАРТОНА ИЛИ ПОТВРДЕ МУП) _____ (МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА)

(ЗА СТРАНЦЕ АДРЕСА ИЗ ПОТВРДЕ О БОРАВИШТУ) _____ [] [] [] [] [] _____ (ПОШТАНСКИ БРОЈ И ОПШТИНА)

б. КОНТАКТ ТЕЛЕФОН _____

II ПОДАЦИ ЗА КОРИСНИКА:

Наведене податке дајем под материјалном и кривичном одговорношћу:

III ЗА КОРИСНИКА ПЕНЗИЈЕ:

КОРИСНИК САМ ПЕНЗИЈЕ: а) Старосне б) Инвалидске в) Породичне

IV ПОДАЦИ ЗА ОСИГУРАНИКА:

ОСИГУРАН САМ ПО ОСНОВУ: а) Запослења б) Самосталне делатности в) Пољопривредне делатности

г) код Националне службе за запошљавање

V ПОДАЦИ ЗА ЛИЦА:

НИСАМ КОРИСНИК ПЕНЗИЈЕ И НЕ НАЛАЗИМ СЕ У ОСИГУРАЊУ

VI УЗ ЗАХТЕВ ПРИЛАЖЕМ: (ОДГОВАРАЈУЋИ КВАДРАТИЋ ОЗНАЧИТИ СА "X")

A) За осигуранике

1. Оригинал медицинску документацију лекара специјалисте о постојању телесног оштећења

2. Оверену фотокопију радне књижице

3. Уверење о обављању самосталне делатности које је издао надлежни орган

4. Доказ о већ оствареном праву код другог органа

5. Пријаву о повреди на раду, уколико је телесно оштећење настало као последица повреде на раду

Б) За кориснике пензије и лица

1. Оригинал медицинску документацију лекара специјалисте о постојању телесног оштећења

2. Фотокопију личне карте

3. Доказ о већ оствареном праву код другог органа

у _____,
_____ године

ПОТПИС ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА

Д број: _____
ЈМБГ: _____

Упознат-а сам од стране Републичког фонда за пензијско и инвалидско осигурање да Фонд 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, и тим поводом дајем следећу:

ИЗЈАВУ

Податке наведене у захтеву који сам поднео-ла за _____,
(навести врсту права)
у делу „УЗ ЗАХТЕВ ПРИЛАЖЕМ“ под редним бројем _____, сам-а ћу
прибавити, и благовремено доставити Фонду ради одлучивања.

У _____, дана _____ године

(име и презиме даваоца изјаве)

(својеручни потпис)

ОБР-1155