

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА
ПЕНЗИЈСКО И ИНВАЛИДСКО
ОСИГУРАЊЕ
ДИРЕКЦИЈА

Број досијеа _____
(попуњава овлашћени радник Фонда)

**ЗАХТЕВ ЗА ПРИЗНАВАЊЕ ПОСЕБНОГ СТАЖА
ПО ОСНОВУ УЧЕШЋА У ОРУЖАНИМ АКЦИЈАМА,
ЗАРОБЉЕНИШТВУ, ЛЕЧЕЊУ И РЕХАБИЛИТАЦИЈИ**

Подносим захтев за признавање посебног стажа по основу учешћа у оружаним акцијама, заробљеништву, лечењу и рехабилитацији

I	ПОДАЦИ О ПОДНОСИОЦУ ЗАХТЕВА	Податке у захтеву уписати штампаним словима, а тачан податак потврдити са X
1.	ПРЕЗИМЕ, ИМЕ РОДИТЕЉА И ИМЕ	
2.	a. ЈЕДИНСТВЕНИ МАТИЧНИ БРОЈ ГРАЂАНА (ИЗ ЛИЧНЕ КАРТЕ ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА)	
	б. ЛИЧНИ БРОЈ ОСИГУРАНИКА (ИЗ РАДНЕ КЊИЖИЦЕ ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА)	
3.	a. МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА И ОПШТИНА (АРДЕСА ИЗ ВАЖЕЋЕ ЛИЧНЕ КАРТЕ) (ЗА ПРИВРЕМЕННО РАСЕЉЕНА ЛИЦА СА ПОДРУЧИЈА КИМ АДРЕСА ИЗ ЗЕЛЕНОГ КАРТОНА ИЛИ ПОТВРДЕ МУП) (ЗА СТРАНЦЕ АДРЕСА ИЗ ПОТВРДЕ О БОРАВИШТУ)	_____ (УЛИЦА И БРОЈ) _____ (МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА) (ПОШТАНСКИ БРОЈ И ОПШТИНА)
	б. КОНТАКТ ТЕЛЕФОН	

II	ПОДАЦИ О ПЕРИОДИМА ЗА КОЈЕ СЕ ТРАЖИ УТВРЂИВАЊЕ ПОСЕБНОГ СТАЖА								
1.	☐ ВРШИО САМ ВОЈНЕ ДУЖНОСТИ, ДРУГЕ ДУЖНОСТИ ЗА ВОЈНЕ ЦИЉЕВЕ, ЗА ЦИЉЕВЕ ДРЖАВНЕ БЕЗБЕДНОСТИ У АКЦИЈАМА, БИО У ЗАРОБЉЕНИШТВУ <table><tr><th colspan="2">ПЕРИОД</th></tr><tr><th>ОД</th><th>ДО</th></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	ПЕРИОД		ОД	ДО				
ПЕРИОД									
ОД	ДО								
2.	☐ ПРОВЕО САМ НА ЛЕЧЕЊУ И МЕДИЦИНСКОЈ РЕХАБИЛИТАЦИЈИ ЗБОГ БОЛЕСТИ ИЛИ ПОВРЕДА ЗАДОБИЈЕНИХ У АКЦИЈАМА И ЗАРОБЉЕНИШТВУ <table><tr><th colspan="2">ПЕРИОД</th></tr><tr><th>ОД</th><th>ДО</th></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	ПЕРИОД		ОД	ДО				
ПЕРИОД									
ОД	ДО								
3.	У ПЕРИОДУ ЗА КОЈИ СЕ ТРАЖИ УТВРЂИВАЊЕ ПОСЕБНОГ СТАЖА: <table><tr><td>☐ Био сам обавезно осигуран по основу:</td><td>☐ Нисам био обавезно осигуран</td></tr><tr><td>☐ Запослења</td><td></td></tr><tr><td>☐ Обављања самосталне делатности</td><td></td></tr><tr><td>☐ Обављања пољопривредне делатности</td><td></td></tr></table>	☐ Био сам обавезно осигуран по основу:	☐ Нисам био обавезно осигуран	☐ Запослења		☐ Обављања самосталне делатности		☐ Обављања пољопривредне делатности	
☐ Био сам обавезно осигуран по основу:	☐ Нисам био обавезно осигуран								
☐ Запослења									
☐ Обављања самосталне делатности									
☐ Обављања пољопривредне делатности									

III	УЗ ЗАХТЕВ ПРИЛАЖЕМ: (ОДГОВАРАЈУЋИ КВАДРАТИЋ ОЗНАЧИТИ СА "X")
	1. Оверену фотокопију војне књижице ☐
	2. Потврду, уверење војне јединице, установе, војног одсека ☐
	3. Потврду о лечењу и рехабилитацији ☐

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