

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ПЕНЗИЈСКО И  
ИНВАЛИДСКО ОСИГУРАЊЕ

ФИЛИЈАЛА \_\_\_\_\_

Број досијеа \_\_\_\_\_

(попуњава овлашћени радник Фонда)

**ЗАХТЕВ ЗА УТВРЂИВАЊЕ ПРОЦЕНТА ТЕЛЕСНОГ ОШТЕЋЕЊА И ИЗДАВАЊА  
ПОТВРДЕ/УВЕРЕЊА**

<input type="checkbox"/>	РАДИ РЕФУНДАЦИЈЕ ПЛАЋЕНОГ ПОРЕЗА НА ДОДАТУ ВРЕДНОСТ
<input type="checkbox"/>	РАДИ ОСЛОБАЂАЊА ОД 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..105/16)
<input type="checkbox"/>	ОСТАЛО _____

<b>I ПОДАЦИ О ПОДНОСИОЦУ ЗАХТЕВА</b>	
1.	<b>а. ПРЕЗИМЕ, ИМЕ РОДИТЕЉА И ИМЕ</b>
	_____
	<b>б. РАНИЈА ПРЕЗИМЕНА (ДЕВОЈАЧКО, ОСТАЛА)</b>
	_____
2.	<b>а. ЈЕДИНСТВЕНИ МАТИЧНИ БРОЈ ГРАЂАНА (ИЗ ЛИЧНЕ КАРТЕ ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА)</b>
	_____
	<b>б. ЛИЧНИ БРОЈ ОСИГУРАНИКА (ИЗ РАДНЕ КЊИЖИЦЕ ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА)</b>
	_____
3.	<b>а. МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА И ОПШТИНА (АДРЕСА ИЗ ВАЖЕЋЕ ЛИЧНЕ КАРТЕ)</b>
	_____ (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)
	<b>б. КОНТАКТ ТЕЛЕФОН</b>
	_____

<b>II 1. ОБАВЕЗНО САМ ОСИГУРАН ПО ОСНОВУ:</b>		<b>НИСАМ ОБАВЕЗНО ОСИГУРАН</b>	<input type="checkbox"/>
а) ЗАПОСЛЕЊА	<input type="checkbox"/>		
б) ОБАВЉАЊА САМОСТАЛНЕ ДЕЛАТНОСТИ	<input type="checkbox"/>		
в) ОБАВЉАЊА ПОЉОПРИВРЕДНЕ ДЕЛАТНОСТИ	<input type="checkbox"/>		
г) КОРИШЋЕЊА НАКНАДЕ КОД НАЦИОНАЛНЕ СЛУЖБЕ ЗА ЗАПОШЉАВАЊЕ	<input type="checkbox"/>		
<b>2. КОРИСНИК САМ ПЕНЗИЈЕ:</b>	<b>а) Старосне</b>	<input type="checkbox"/>	<b>б) Инвалидске</b>
			<input type="checkbox"/>
			<b>в) Породичне</b>
			<input type="checkbox"/>

По одредбама Закона о општем управном поступку ("Службени гласник РС", број 18/16) Републички фонд за пензијско и инвалидско осигурање 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.

<b>III ДОКАЗИ ПОТРЕБНИ ЗА ОДЛУЧИВАЊЕ ПО ЗАХТЕВУ (ЗА ПРИЛОЖЕНЕ ДОКАЗЕ ОДГОВАРАЈУЋИ КВАДРАТИЋ ОЗНАЧИТИ СА "X")</b>	
1. Доказ којим се потврђује идентитет (лична карта на увид или уверење о пребивалишту)	<input type="checkbox"/>
2. Медицинска документација о постојању телесног оштећења у оригиналу или овереној фотокопији	<input type="checkbox"/>
3. Доказ о запослењу - радна књижица, односно друге јавне исправе (решења, уверења, потврде и слично)	<input type="checkbox"/>
4. Доказ о коришћењу права код Националне службе за запошљавање	<input type="checkbox"/>
5. Уверење о обављању самосталне делатности издато од стране надлежног органа општине, односно одговарајућег удружења, савеза (за период од 31.12.2005. године), односно решење Агенције за привредне регистре (за период од 1.1.2006. године)	<input type="checkbox"/>

Изјављујем да ћу податке под редним бројем: \_\_\_\_, \_\_\_\_, \_\_\_\_, \_\_\_\_, \_\_\_\_, сам -а прибавити и благовремено доставити Фонду на одлучивање.

Сагласан сам да податке о личности, садржане у захтеву, утврђене на основу идентификационе јавне исправе, као и у другим приватним или јавним исправама које уз захтев предајем, Фонд може обрађивати у складу са Законом о заштити података о личности и задржати их у предатим исправама у списима предмета.

Сагласан сам да Фонд доставља податке садржане у матичној евиденцији другим државним органима и организацијама, односно органима локалне самоуправе, на њихово тражење, као и правним лицима преко којих се врши исплата новчане накнаде, а који су од утицаја на коришћење права.

У \_\_\_\_\_, дана \_\_\_\_\_ године

\_\_\_\_\_

ПОТПИС ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА