

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА
ПЕНЗИЈСКО И ИНВАЛИДСКО
ОСИГУРАЊЕ

СЛУЖБА ДИРЕКЦИЈЕ ФОНДА

Број досијеа _____
(попуњава овлашћени радник Фонда)

**ЗАХТЕВ ЗА ПРИЗНАВАЊЕ У ПОСЕБАН СТАЖ
ВРЕМЕНА ПРОВЕДЕНОГ У ОРУЖАНИМ АКЦИЈАМА,
У ЗАРОБЉЕНИШТВУ, НА ЛЕЧЕЊУ И РЕХАБИЛИТАЦИЈИ**

I	ПОДАЦИ О ПОДНОСИОЦУ ЗАХТЕВА									
1.	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 (АДРЕСА ИЗ ВАЖЕЋЕ ЛИЧНЕ КАРТЕ) (ЗА ПРИВРЕМЕНО 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 УСЛЕД 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:									
	☐ Био сам обавезно осигуран по основу: ☐ Нисам био обавезно осигуран									
	☐ Запослења									
	☐ Обављања самосталне делатности									
	☐ Обављања пољопривредне делатности									

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.

III ЗА СЛЕПЕ И СЛАБОВИДЕ ОСОБЕ

Да ли је потребно да писмено Фонда (обавештење, позив, закључак, решење и др.), које ће Вам Фонд доставити, буде штампано и на Брајевом писму?	☐ ДА ☐ НЕ
--	---

Сагласан сам да податке садржане у писмену Фонда (обавештењу, позиву, закључку, решењу и др.) ради њиховог штампања на Брајевом писму, Фонд достави лицима са којима има закључен уговор о штампању писмена Фонда на Брајевом писму.

IV ДОКАЗИ ПОТРЕБНИ ЗА ОДЛУЧИВАЊЕ ПО ЗАХТЕВУ (ЗА ПРИЛОЖЕНЕ ДОКАЗЕ ОДГОВАРАЈУЋИ КВАДРАТИЋ ОЗНАЧИТИ СА "X")

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Доказ којим се потврђује идентитет (лична карта на увид или уверење о пребивалишту) | ☐ |
| 2. Оверена фотокопија војне књижице | ☐ |
| 3. Потврда, уверење војне јединице, установе, војног одсека | ☐ |
| 4. Потврда о лечењу и рехабилитацији | ☐ |

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.

У _____, дана _____ године

ПОТПИС ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА