

**РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА
ПЕНЗИЈСКО И ИНВАЛИДСКО
ОСИГУРАЊЕ**

Број досијеа _____

(попуњава овлашћени радник Фонда)

**ЗАХТЕВ ЗА РАЧУНАЊЕ СТАЖА ОСИГУРАЊА СА УВЕЋАНИМ ТРАЈАЊЕМ
ПО ЧЛАНУ 58. ЗАКОНА**

На основу члана 58. Закона, подносим захтев да ми се стаж осигурања у ефективном трајању - време проведено не раду као

1. Осигураник са телесним оштећењем од најмање 70%	<input type="checkbox"/>
2. Војни инвалид _____ групе	<input type="checkbox"/>
3. Цивилни инвалид рата _____ групе	<input type="checkbox"/>
4. Слепо лице	<input type="checkbox"/>
5. Лице оболело од дистрофије или сродних мишићних и неуромишићних обољења	<input type="checkbox"/>
6. Лице оболело од парализације	<input type="checkbox"/>
7. Лице оболело од церебралне парализе	<input type="checkbox"/>
8. Лице оболело од дечије парализе	<input type="checkbox"/>
9. Лице оболело од мултиплекс склерозе	<input type="checkbox"/>

рачуна као стаж осигурања са увећаним трајањем

I ПОДАЦИ О ПОДНОСИОЦУ 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 - АДРЕСА ИЗ ВАЖЕЋЕ ЛИЧНЕ КАРТЕ - ЗА ПРИВРЕМЕНО РАСЕЉЕНА ЛИЦА СА ПОДРУЧЈА КИМ АДРЕСА ИЗ ЗЕЛЕНОГ КАРТОНА ИЛИ ПОТВРДЕ МУП - ЗА СТРАНЦЕ АДРЕСА ИЗ ПОТВРДЕ О БОРАВИШТУ	<p align="center">_____ (УЛИЦА И БРОЈ)</p> <p align="center">_____ (МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА)</p> <p align="center"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____ (ПОШТАНСКИ БРОЈ И ОПШТИНА) </p>
б. КОНТАКТ ТЕЛЕФОН	
в. Е-MAIL АДРЕСА	

II ЗА ОСИГУРАНИКА

ОБАВЕЗНО САМ ОСИГУРАН ПО ОСНОВУ:

а) ЗАПОСЛЕЊА <input type="checkbox"/>	б) ОБАВЉАЊА САМОСТАЛНЕ ДЕЛАТНОСТИ <input type="checkbox"/>
в) ОБАВЉАЊА ПОЉОПРИВРЕДНЕ ДЕЛАТНОСТИ <input type="checkbox"/>	г) КОРИШЋЕЊА ПРАВА КОД НАЦИОНАЛНЕ СЛУЖБЕ ЗА ЗАПОШЉАВАЊЕ <input type="checkbox"/>
д) ПО ДРУГОМ ОСНОВУ <input type="checkbox"/>	

III ЗА КОРИСНИКА ПЕНЗИЈЕ

КОРИСНИК САМ ПЕНЗИЈЕ:

а) Старосне <input type="checkbox"/>
б) Инвалидске <input type="checkbox"/>
в) Породичне <input type="checkbox"/>

По одредбама Закона о општем управном поступку 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.

IV 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?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> 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.

V ДОКАЗИ ПОТРЕБНИ ЗА ОСТВАРИВАЊЕ ПРАВА (ЗА ПРИЛОЖЕНЕ ДОКАЗЕ ОДГОВАРАЈУЋИ КВАДРАТИЋ ОЗНАЧИТИ СА "X")

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Доказ којим се потврђује идентитет (лична карта на увид или уверење о пребивалишту) | <input type="checkbox"/> |
| 2. Решење о утврђеном степену телесног оштећења од најмање 70% | <input type="checkbox"/> |
| 3. Решење надлежног органа којим је утврђено својство цивилног инвалида рата по прописима о борачко-инвалидској заштити | <input type="checkbox"/> |
| 4. Решење надлежног органа којим је утврђено својство војног инвалида од I до VI групе по прописима о борачко-инвалидској заштити | <input type="checkbox"/> |
| 5. Медицинска документација у оригиналу или овереној копији за тачке 4. до 9. захтева | <input type="checkbox"/> |
| 6. Доказ о запослењу - радна књижица, односно друге јавне исправе (решења, уверења, потврде и слично) | <input type="checkbox"/> |
| 7. Доказ о коришћењу права код Националне службе за запошљавање | <input type="checkbox"/> |
| 8. 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"/> |
| 9. Извештај о повреди на раду, односно професионалном обољењу. | <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.

ПОТПИС ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА

У _____, дана _____ године