

## ПРИЈАВА ЗА УПУЋИВАЊЕ НА РЕХАБИЛИТАЦИЈУ

ПРИМИО ПРИЈАВУ: _____ / _____	_____ / _____
Удружење или одбор корисника	Филијала

**Попуњава корисник пензије (ОБАВЕЗНО ПОПУНИТИ СВА ПОЉА):**

<b>Име, очево име, презиме:</b>	
<b>ЈМБГ:</b>	
<b>Улица и број:</b>	
<b>Место и општина становања:</b>	
<b>Број телефона:</b>	
<b>Врста пензије:</b>	<input type="checkbox"/> Старосна <input type="checkbox"/> Инвалидска <input type="checkbox"/> Породична
<b>Потреба за пратиоцем:</b>	<input type="checkbox"/> корисник који је остварио право на помоћ и негу другог лица
<b>Под кривичном и материјалном одговорношћу изјављујем да (ОБАВЕЗНО ПОПУНИТИ ОДГОВАРАЈУЋЕ ПОЉЕ):</b>	<input type="checkbox"/> Нисам корисник иностране пензије <input type="checkbox"/> Корисник сам иностране пензије (доставити доказ)
У складу са расписаним огласом, подносим Пријаву по огласу из _____  _____ године и прилажем:	<input type="checkbox"/> Чек од пензије за месец _____ године <input type="checkbox"/> Доказ о висини пензије остварене у иностранству (извод банке, потврда иностраног носиоца социјалног осигурања и др) <input type="checkbox"/> Медицинску документацију (није обавезна)

1. Изјављујем да износ пензије не прелази износ просечне пензије, да немам других личних примања и да нисам користио-ла рехабилитацију у установи почевши од упућивања корисника пензија на рехабилитацију по Огласу за подношење пријаве за упућивање на рехабилитацију корисника пензија из 2020. године.

2. Изјављујем да желим да користим право на рехабилитацију у једној од следећих установа према Списку установа у прилогу ове пријаве и исказаној жељи, уколико нису контраиндиковане мојој медицинској документацији:

1.
2.
3.

3. Овлашћујем Републички фонд за пензијско и инвалидско осигурање, да у моје име и за мој рачун, закључи уговор о пословној сарадњи са установом у којој ћу користити право на рехабилитацију

Име, презиме и потпис корисника пензије:

\_\_\_\_\_

У \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ године

Име, презиме и потпис лица које је примило и обрадило пријаву

\_\_\_\_\_

У \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ године

### **Одлука Комисије о упућивању корисника пензије у одговарајућу установу**

На основу коначне Ранг листе, Комисије из члана 11. Правилника, изјављене жеље корисника пензије, смештајних капацитета установе и медицинске документације, Комисија из члана 15. Правилника корисника пензије упућује на рехабилитацију у \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

### **Чланови Комисије из члана 15. Правилника**

1. Име, презиме и потпис \_\_\_\_\_

2. Име, презиме и потпис \_\_\_\_\_

3. Име, презиме и потпис \_\_\_\_\_

4. Име, презиме и потпис \_\_\_\_\_

У \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ године