

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</b>	<b>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) _____ (УЛИЦА И БРОЈ)</b> <b>(ЗА ПРИВРЕМЕНО РАСЕЉЕНА ЛИЦА СА ПОДРУЧИЈА КИМ АДРЕСА ИЗ ЗЕЛЕНОГ КАРТОНА ИЛИ ПОТВРДЕ МУП) _____ (МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА)</b> <b>(ЗА СТРАЊЦЕ АДРЕСА ИЗ ПОТВРДЕ О БОРАВИШТУ) _____ (ПОШТАНСКИ БРОЈ И ОПШТИНА)</b>
	<b>б. КОНТАКТ ТЕЛЕФОН</b>

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

<b>III</b>	<b>ДА ЛИ ВАМ ЈЕ УТВРЂЕНО ТЕЛЕСНО ОШТЕЋЕЊЕ КОД ДРУГОГ ОРГАНА?</b>	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
------------	--	---

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>IV</b>	<b>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 у оригиналу или овереној копији (овера се може извршити и у филијали Фонда)  | <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"/> |
| 6. Доказ о утврђеном телесном оштећењу код другог органа (по војним прописима, прописима о социјалној заштити, прописима о борачко-инвалидској заштити..)  | <input type="checkbox"/> |
| 7. 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.

У \_\_\_\_\_, дана \_\_\_\_\_ године

\_\_\_\_\_

ПОТПИС ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА