

**РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА  
ПЕНЗИЈСКО И ИНВАЛИДСКО  
ОСИГУРАЊЕ  
ДИРЕКЦИЈА**

Број досијеа \_\_\_\_\_

(попуњава овлашћени радник Фонда)

## ЗАХТЕВ ЗА ПРИЗНАВАЊЕ ПРАВА НА НОВЧАНУ НАКНАДУ ЗА ПОМОЋ И НЕГУ ДРУГОГ ЛИЦА

Подносим захтев да ми се призна право на новчану накнаду за помоћ и негу другог лица и дајем следеће податке:

### I ПОДАЦИ О ПОДНОСИОЦУ ЗАХТЕВА

Податке у захтеву уписати штампаним словима,  
а тачан податак потврдити са X

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 (АРДЕСА ИЗ ВАЖЕЋЕ ЛИЧНЕ КАРТЕ) (ЗА ПРИВРЕМЕНО РАСЕЉЕНА ЛИЦА СА Г ПОДРУЧЈА АДРЕСА ИЗ ЗЕЛЕНОГ КАРТОНА ИЛИ ПОТВРДЕ МУП) (ЗА СТРАНЦЕ АДРЕСА ИЗ ПОТВРДЕ О БОРАВИШТУ)</b>	<p align="center">_____ (УЛИЦА И БРОЈ)</p> <p align="center">_____ (МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА)</p> <p align="center">□□□□□ _____ (ПОШТАНСКИ БРОЈ И ОПШТИНА)</p>
	<b>б. КОНТАКТ ТЕЛЕФОН</b>	

### II ЗА ОСИГУРАНИКА

1.	<b>ОСИГУРАЊЕ ПО ОСНОВУ ЗАПОСЛЕЊА</b>	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА
	<b>ПОСЛОДАВАЦ КОД КОГА САМ ПОСЛЕДЊИ ПУТ БИО ЗАПОСЛЕН</b>	
	НАЗИВ	МЕСТО, УЛИЦА И БРОЈ
	_____	_____
	_____	_____
2.	<b>ОСИГУРАЊЕ ПО ОСНОВУ ОБАВЉАЊА САМОСТАЛНЕ ДЕЛАТНОСТИ</b>	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА
	ПЕРИОД ОБАВЉАЊА САМОСТАЛНЕ ДЕЛАТНОСТИ	МЕСТО - ОПШТИНА
	ОД _____ ДО _____	_____
	_____	_____
	_____	_____
3.	<b>ОСИГУРАЊЕ ПО ОСНОВУ ОБАВЉАЊА ПОЉОПРИВРЕДНЕ ДЕЛАТНОСТИ</b>	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА
	ПЕРИОД ОБАВЉАЊА ПОЉОПРИВРЕДНЕ ДЕЛАТНОСТИ	МЕСТО - ОПШТИНА
	ОД _____ ДО _____	_____
	_____	_____
	_____	_____
4.	<b>КОРИШЋЕЊЕ ПРАВА КОД НАЦИОНАЛНЕ СЛУЖБЕ ЗА ЗАПОШЉАВАЊЕ</b>	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА
	ПЕРИОД КОРИШЋЕЊА ПРАВА	
	ОД _____ ДО _____	
	_____	
	_____	
5.	<b>ДА ЛИ СТЕ ОСТВАРИЛИ СТАЖ У ИНОСТРАНСТВУ?</b>	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА

<b>III ЗА КОРИСНИКА ПЕНЗИЈЕ</b>	
КОРИСНИК САМ ПЕНЗИЈЕ:	
а) Старосне	<input type="checkbox"/>
б) Инвалидске	<input type="checkbox"/>
в) Породичне	<input type="checkbox"/>

IV 1	ДА ЛИ ЈЕ ПОТРЕБА ЗА ПОМОЋИ И НЕГОМ НАСТАЛА КАО ПОСЛЕДИЦА:	<input type="checkbox"/> болести	<input type="checkbox"/> професионалне болести	<input type="checkbox"/> повреде на раду	
		<input type="checkbox"/> повреде ван рада или	<input type="checkbox"/> повреде у саобраћају		
2	ДА ЛИ СТЕ ОСТВАРИЛИ ПРАВО НА НОВЧАНУ НАКНАДУ КОД ДРУГОГ ОРГАНА?	<input type="checkbox"/>	НЕ	<input type="checkbox"/>	ДА

V **УЗ ЗАХТЕВ ПРИЛАЖЕМ: (ОДГОВАРАЈУЋИ КВАДРАТИЋ ОЗНАЧИТИ СА "X")**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1. Оригинал медицинску документацију лекара специјалисте о постојању потребе за помоћи и негом другог лица           | <input type="checkbox"/> |
| 2. Фотокопију личне карте  | <input type="checkbox"/> |
| 3. Оверену фотокопију радне књижице (за осигураника)   | <input type="checkbox"/> |
| 4. Уверење о обављању самосталне делатности које је издао надлежни орган (за осигураника)                            | <input type="checkbox"/> |
| 5. Фотокопију решења о праву на пензију или чек (за корисника пензије)   | <input type="checkbox"/> |
| 6. Пријаву о повреди на раду, уколико је потреба за помоћи и негом другог лица настала као последица повреде на раду | <input type="checkbox"/> |
| 7. Доказ о већ оствареном праву код другог органа  | <input type="checkbox"/> |

Сагласан сам да ми се исплата новчане накнаде врши на кућну адресу на територији Републике Србије, ако се, након добијања решења благовремено не изјасним о начину исплате, односно не доставим захтев са потребном документацијом.

У \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ године

\_\_\_\_\_

ПОТПИС ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА

Својим потписом одговарам за тачност наведених података и дајем сагласност РФПИО за њихово коришћење и размену са надлежним органима и организацијама