

**РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА
ПЕНЗИЈСКОЈ ИНВАЛИДСКО
ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА _____**

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	<small>Податке у захтеву уписати штампаним словима, а тачан податак потврдити са X</small>	
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 (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)	_____ (УЛИЦА И БРОЈ)	
	_____ (МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА)	
	[][][][][] _____ (ПОШТАНСКИ БРОЈ И ОПШТИНА)	
б. КОНТАКТ ТЕЛЕФОН		
II ЗА ОСИГУРАНИКА		
1. ОСИГУРАЊЕ ПО ОСНОВУ ЗАПОСЛЕЊА	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА	
ПОСЛОДАВАЦ КОД КОГА САМ ПОСЛЕДЊИ ПУТ БИО ЗАПОСЛЕН		
НАЗИВ	МЕСТО, УЛИЦА И БРОЈ	КОНТАКТ ТЕЛЕФОН
2. ОСИГУРАЊЕ ПО ОСНОВУ ОБАВЉАЊА САМОСТАЛНЕ ДЕЛАТНОСТИ	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА	
ПЕРИОД ОБАВЉАЊА САМОСТАЛНЕ ДЕЛАТНОСТИ	МЕСТО - ОПШТИНА	ВРСТА ДЕЛАТНОСТИ
ОД _____ ДО _____		
3. ОСИГУРАЊЕ ПО ОСНОВУ ОБАВЉАЊА ПОЉОПРИВРЕДНЕ ДЕЛАТНОСТИ	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА	
ПЕРИОД ОБАВЉАЊА ПОЉОПРИВРЕДНЕ ДЕЛАТНОСТИ	МЕСТО - ОПШТИНА	
ОД _____ ДО _____		
4. КОРИШЋЕЊЕ ПРАВА КОД НАЦИОНАЛНЕ СЛУЖБЕ ЗА ЗАПОШЉАВАЊЕ	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА	
	ПЕРИОД КОРИШЋЕЊА ПРАВА	
	ОД _____	ДО _____
5. ДА ЛИ СТЕ ОСТВАРИЛИ СТАЖ У ИНОСТРАНСТВУ?	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА	

III ЗА КОРИСНИКА ПЕНЗИЈЕ	
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