

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ПЕНЗИЈСКО И  
ИНВАЛИДСКО ОСИГУРАЊЕ

ПОКРАЈИНСКИ ФОНД ЗА ПЕНЗИЈСКО И  
ИНВАЛИДСКО ОСИГУРАЊЕ

ФИЛИЈАЛА \_\_\_\_\_

Број досијеа \_\_\_\_\_  
(попуњава овлашћени радник Фонда)

## ЗАХТЕВ ЗА ПРИЗНАВАЊЕ ПРАВА НА СПЕЦИЈАЛНО ПОМАГАЛО ЗА ЧИТАЊЕ И ПИСАЊЕ

- Репродуктор
- Брајеву писаћу машину
- Говорни софтвер за српски језик
- Дејзи плејер - снимач и репродуктор звука
- Дејзи плејер - читач књига у дејзи формату

### I ПОДАЦИ О ПОДНОСИОЦУ ЗАХТЕВА

1.	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.	ДАТУМ И МЕСТО РОЂЕЊА	
4.	а. МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА И ОПШТИНА (АДРЕСА ИЗ ВАЖЕЋЕ ЛИЧНЕ КАРТЕ) (ЗА ПРИВРЕМЕННО РАСЕЉЕНА ЛИЦА СА ПОДРУЧЈА КИМ АДРЕСА ИЗ ЗЕЛЕНОГ КАРТОНА ИЛИ ПОТВРДЕ МУП) (ЗА СТРАНЦЕ АДРЕСА ИЗ ПОТВРДЕ О БОРАВИШТУ)	<p>_____ (УЛИЦА И БРОЈ)</p> <p>_____ (МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА)</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> _____ (ПОШТАНСКИ БРОЈ И ОПШТИНА)</p>
	б. КОНТАКТ ТЕЛЕФОН	

### II ПРАВО НА СПЕЦИЈАЛНО ПОМАГАЛО ОСТВАРУЈЕМ КАО:

а) Осигураник	<input type="checkbox"/>
б) Корисник пензије	<input type="checkbox"/>
в) Дете осигураника	<input type="checkbox"/>

### III ПОДАЦИ О ДЕТЕТУ ОСИГУРАНИКА

а. ПРЕЗИМЕ И ИМЕ	
б. ЈЕДИНСТВЕНИ МАТИЧНИ БРОЈ ГРАЂАНА	

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.

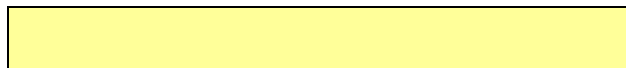
### IV ДОКАЗИ ПОТРЕБНИ ЗА ОДЛУЧИВАЊЕ ПО ЗАХТЕВУ (ЗА ПРИЛОЖЕНЕ ДОКАЗЕ ОДГОВАРАЈУЋИ КВАДРАТИЋ ОЗНАЧИТИ СА "X")

1. Доказ о идентитету (лична карта на увид или уверење о пребивалишту) подносиоца захтева;	<input type="checkbox"/>
2. Потврда да је слепо лице члан библиотеке за слепа лица; односно потврда да је обучен Брајевим писмом, коју издаје школа, односно организатор наставе за описмењавање;	<input type="checkbox"/>
3. Потврда да се слепо дете налази на школовању;	<input type="checkbox"/>
4. Потврда из Републичког фонда за здравствено осигурање или Фонда за социјално осигурање војних осигураника да није остварио право на помагало, односно да ли је и када набављено једно од помагала, са назначеним датумом набавке;	<input type="checkbox"/>
5. Потврда Савеза слепих да ли је и када набављено једно од специјалних помагала са назначеним датумом испоруке;	<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