

**РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА  
ПЕНЗИЈСКО И ИНВАЛИДСКО  
ОСИГУРАЊЕ**

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

**ЗАХТЕВ ЗА ПРИЗНАВАЊЕ У ПОСЕБАН СТАЖ  
ВРЕМЕНА ПРОВЕДЕНОГ У ОРУЖАНИМ АКЦИЈАМА,  
У ЗАРОБЉЕНИШТВУ, НА ЛЕЧЕЊУ И РЕХАБИЛИТАЦИЈИ**

I ПОДАЦИ О ПОДНОСИОЦУ ЗАХТЕВА								
1.	ПРЕЗИМЕ, РАНИЈЕ ПРЕЗИМЕ, ИМЕ РОДИТЕЉА И ИМЕ							
2.	а. ЈЕДИНСТВЕНИ МАТИЧНИ БРОЈ ГРАЂАНА (ИЗ ЛИЧНЕ КАРТЕ ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА)							
	б. РАНИЈИ ЈЕДИНСТВЕНИ МАТИЧНИ БРОЈ ГРАЂАНА, ЛИЧНИ БРОЈ ИЛИ ДРУГИ БРОЈ ПОД КОЈИМ СТЕ ВОЂЕНИ У ЕВИДЕНЦИЈАМА ФОНДА							
	в. 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 ПРИВРЕМЕНО РАСЕЉЕНА ЛИЦА СА ПОДРУЧЈА КИМ АДРЕСА ИЗ ЗЕЛЕНОГ КАРТОНА ИЛИ ПОТВРДЕ МУП - ЗА СТРАНЦЕ АДРЕСА ИЗ ПОТВРДЕ О БОРАВИШТУ							
	б. КОНТАКТ ТЕЛЕФОН							
	в. Е-MAIL АДРЕСА							
II ПОДАЦИ О ПЕРИОДИМА ЗА КОЈЕ СЕ ТРАЖИ УТВРЂИВАЊЕ ПОСЕБНОГ СТАЖА								
1.	<input type="checkbox"/> ВРШИО САМ ВОЈНЕ ДУЖНОСТИ, ДРУГЕ ДУЖНОСТИ ЗА ВОЈНЕ ЦИЉЕВЕ, ЗА ЦИЉЕВЕ ДРЖАВНЕ БЕЗБЕДНОСТИ У АКЦИЈАМА, БИО У ЗАРОБЉЕНИШТВУ							
	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2">ПЕРИОД</th> </tr> <tr> <th>ОД</th> <th>ДО</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	ПЕРИОД		ОД	ДО			
ПЕРИОД								
ОД	ДО							
2.	<input type="checkbox"/> ПРОВЕО САМ НА ЛЕЧЕЊУ И МЕДИЦИНСКОЈ РЕХАБИЛИТАЦИЈИ ЗБОГ БОЛЕСТИ ИЛИ ПОВРЕДА ЗАДОБИЈЕНИХ У АКЦИЈАМА И ЗАРОБЉЕНИШТВУ							
	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2">ПЕРИОД</th> </tr> <tr> <th>ОД</th> <th>ДО</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	ПЕРИОД		ОД	ДО			
ПЕРИОД								
ОД	ДО							
3.	У ПЕРИОДУ ЗА КОЈИ СЕ ТРАЖИ УТВРЂИВАЊЕ ПОСЕБНОГ СТАЖА:							
	<input type="checkbox"/> Био сам обавезно осигуран по основу: <input type="checkbox"/> Нисам био обавезно осигуран							
	<input type="checkbox"/> Запослења							
	<input type="checkbox"/> Обављања самосталне делатности							
	<input type="checkbox"/> Обављања пољопривредне делатности							

По одредбама Закона о општем управном поступку 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.

III

## ЗА СЛЕПЕ И СЛАБОВИДЕ ОСОБЕ

Да ли је потребно да писмено Фонда (обавештење, позив, закључак, решење и др.), које ће Вам Фонд доставити, буде штампано и на Брајевом писму?

ДА  НЕ

Сагласан сам да податке садржане у писмену Фонда (обавештењу, позиву, закључку, решењу и др.) ради њиховог штампања на Брајевом писму, Фонд достави лицима са којима има закључен уговор о штампању писмена Фонда на Брајевом писму.

IV

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

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1. Доказ којим се потврђује идентитет (лична карта на увид или уверење о пребивалишту) | <input type="checkbox"/> |
| 2. Фотокопија војне књижице  | <input type="checkbox"/> |
| 3. Потврда, уверење војне јединице, установе, војног одсека                            | <input type="checkbox"/> |
| 4. Потврда о лечењу и рехабилитацији   | <input type="checkbox"/> |

Изјављујем да ћу податке под редним бројем: \_\_\_\_, \_\_\_\_, \_\_\_\_, \_\_\_\_, сам - а прибавити и благовремено доставити Фонду на одлучивање.

У \_\_\_\_\_, дана \_\_\_\_\_ године

ПОТПИС ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА