

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ПЕНЗИЈСКО И  
ИНВАЛИДСКО ОСИГУРАЊЕ

ПОКРАЈИНСКИ ФОНД ЗА ПЕНЗИЈСКО  
И ИНВАЛИДСКО ОСИГУРАЊЕ

ДИРЕКЦИЈА У НОВОМ САДУ

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

## ЗАХТЕВ ЗА ПРИЗНАВАЊЕ ПОСЕБНОГ СТАЖА ПО ОСНОВУ УЧЕШЋА У ОРУЖАНИМ АКЦИЈАМА, ЗАРОБЉЕНИШТВУ, ЛЕЧЕЊУ И РЕХАБИЛИТАЦИЈИ

Подносим захтев за признавање посебног стажа по основу учешћа у оружаним акцијама, заробљеништву, лечењу и рехабилитацији.

I ПОДАЦИ О ПОДНОСИОЦУ ЗАХТЕВА		Податке у захтеву уписати штампаним словима а тачан податак потврдити са X.
1.	ПРЕЗИМЕ, ИМЕ РОДИТЕЉА И ИМЕ	
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 ПРИВРЕМЕННО РАСЕЉЕНА ЛИЦА СА ПОДРУЧИЈА КИМ 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 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"><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 УСЛЕД БОЛЕСТИ ИЛИ ПОВРЕДА ЗАДОБИЈЕНИХ У АКЦИЈАМА И ЗАРОБЉЕНИШТВУ								
	<table border="1"><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								

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?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> 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 УЗ ЗАХТЕВ ПРИЛАЖЕМ: (ОДГОВАРАЈУЋИ КВАДРАТИЋ ОЗНАЧИТИ СА "X")

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1. Оверену фотокопију војне књижице                         | <input type="checkbox"/> |
| 2. Потврду, уверење војне јединице, установе, војног одсека | <input type="checkbox"/> |
| 3. Потврду о лечењу и рехабилитацији                        | <input type="checkbox"/> |

У \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ године

**ПОТПИС ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА**