

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА
ПЕНЗИЈСКО И ИНВАЛИДСКО
ОСИГУРАЊЕ

ФИЛИЈАЛА _____

Број досијеа _____
(попуњава овлашћени радник Фонда)

**ЗАХТЕВ ЗА ПРИЗНАВАЊЕ ПРАВА НА НАКНАДУ ЗА НАБАВКУ
СПЕЦИЈАЛНОГ ПОМАГАЛА ЗА ЧИТАЊЕ И ПИСАЊЕ
- РЕПРОДУКТОР И БРАЈЕВУ ПИСАЋУ МАШИНУ**

Подносим захтев да ми се призна право на накнаду за набавку специјалног помагала за читање и писање:

- Репродуктор
 Брајеву писаћу машину

I	ПОДАЦИ О ПОДНОСИОЦУ ЗАХТЕВА	Податке у захтеву уписати штампаним словима, а тачан податак потврдити са X.
1.	ПРЕЗИМЕ, ИМЕ ЈЕДНОГ РОДИТЕЉА, ДЕВОЈАЧКО ПРЕЗИМЕ 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 ПРИВРЕМЕНО РАСЕЉЕНА ЛИЦА СА ПОДРУЧИЈА КИМ АДРЕСА ИЗ ЗЕЛЕНОГ КАРТОНА ИЛИ ПОТВРДЕ МУП) (ЗА СТРАНЦЕ АДРЕСА ИЗ ПОТВРДЕ О БОРАВИШТУ)	_____ (УЛИЦА И БРОЈ) _____ (МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ (ПОШТАНСКИ БРОЈ И ОПШТИНА)
	б. КОНТАКТ ТЕЛЕФОН	
4.	ПРАВО НА НАКНАДУ ОСТВАРУЈЕМ КАО:	
	а) Осигураник <input type="checkbox"/>	
	б) Корисник пензије <input type="checkbox"/>	
	в) Дете осигураника <input type="checkbox"/>	
5.	ЛИЧНИ ПОДАЦИ ЗА ДЕТЕ ОСИГУРАНИКА	
	а. ПРЕЗИМЕ И ИМЕ	
	б. ЈЕДИНСТВЕНИ МАТИЧНИ БРОЈ ГРАЂАНА	

II	УЗ ЗАХТЕВ ПРИЛАЖЕМ: (ОДГОВАРАЈУЋИ КВАДРАТИЋ ОЗНАЧИТИ СА "X")
	1. Фотокопију личне карте, за подносиоца захтева <input type="checkbox"/>
	2. Извод из матичне књиге рођених за дете <input type="checkbox"/>
	<i>Напомена: Сагласно чл. 82. Закона о матичним књигама ("Службени гласник РС", бр. 20/09), изводи из матичних књига немају ограничени рок важења од дана издавања, а за употребу издатог извода из матичних књига који не садрже последње податке уписане у матичну књигу одговорно је лице које га стави у правни саобраћај</i>
	3. Потврду о школовању (за дете) <input type="checkbox"/>
	4. Потврда о чланству у библиотеци за слепа лица <input type="checkbox"/>
	5. Потврду Савеза слепих да ли је и када набављено једно од специјалних помагала, са тачним датумом набавке <input type="checkbox"/>

У _____,
_____ године

ПОТПИС ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА