**ЗАХТЕВ ЗА ПРИЗНАВАЊЕ ПРАВА НА НОВЧАНУ НАКНАДУ ЗА ПОМОЋ И**

**НЕГУ ДРУГОГ ЛИЦА И ПРАВО НА УВЕЋАН ДОДАТАК ЗА ПОМОЋ И НЕГУ ДРУГОГ ЛИЦА ЗБОГ ТЕЛЕСНОГ ОШТЕЋЕЊА**

**МОЛИМО ДА СЕ МЕДИЦИНСКА ДОКУМЕНТАЦИЈА КОЈУ ПРИЛАЖЕМ УЗ**

**ОВАЈ ЗАХТЕВ ПРОСЛЕДИ ПРВОСТЕПЕНОМ ОРГАНУ ВЕШТАЧЕЊА КОЈИ**

**ЋЕ УТВРДИТИ ПОТРЕБУ ЗА ПОМОЋИ И НЕГОМ ДРУГОГ ЛИЦА И СТЕПЕН**

**ТЕЛЕСНОГ ОШТЕЋЕЊА ЗА**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (име и презиме и ЈМБГ)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (адреса: место, улица и број)**

**УЗ ЗАХТЕВ ПРИЛАЖЕМ:**

1. ФОТОКОПИЈА ЛИЧНЕ КАРТЕ
2. ИЗВОД ИЗ МАТИЧНЕ КЊИГЕ РОЂЕНИХ
3. УВЕРЕЊЕ О ДРЖАВЉАНСТВУ
4. УВЕРЕЊЕ ДА НЕ ПРИМА ПЕНЗИЈУ И ДОДАТАК ЗА ТНП ПРЕКО ФОНДА ПИОР НОВИ САД (ЛОНЧАРСКА 10)
5. ЗА ИНОСТРАНЕ ПЕНЗИОНЕРЕ: РЕШЕЊЕ НАДЛЕЖНОГ ОРГАНА ДА НЕ ПРИМА ДОДАТАК ЗА ТУЂУ НЕГУ И ПОМОЋ ПРЕКО ПЕНЗИОНОГ ФОНДА ЗЕМЉЕ ГДЕ ЈЕ ОСТВАРИО ПЕНЗИЈУ И УВЕРЕЊЕ ЦЕНТРА ЗА СОЦИЈАЛНИ

РАД ДРЖАВЕ У КОЈОЈ ЈЕ БИЛО ПОСЛЕДЊЕ ПРЕБИВАЛИШТЕ

1. ФОТОКОПИЈА ЗДРАВСТВЕНЕ КЊИЖИЦЕ
2. ФОТОКОПИЈА РЕШЕЊА МЕЂУОПШТИНСКЕ КОМИСИЈЕ ЗА

КАТЕГОРИЗАЦИЈУ

1. ЗА ЛИЦА СТАРИЈА ОД 18 ГОДИНА, А МЛАЂА ОД 60 ЗА ЖЕНЕ И 65 ЗА МУШКАРЦЕ, ПОПУЊЕН ОБРАЗАЦ БР. 1 (ПРЕДЛОГ ЗА ВЕШТАЧЕЊЕ РАДНЕ СПОСОБНОСТИ) ОД ЛЕКАРА ОПШТЕ ПРАКСЕ
2. НАЈНОВИЈИ НАЛАЗ СПЕЦИЈАЛИСТЕ УЗ ПРЕПОРУКУ ДА ЈЕ ПОТРЕБНА ТУЂА НЕГА И ПОМОЋ (ОРИГИНАЛНА ДОКУМЕНТАЦИЈА)

10.ФОТОКОПИЈА РАДНЕ КЊИЖИЦЕ (од 1 до 8 стране)

11.ФОТОКОПИЈА ИНФО УПЛАТНИЦЕ

**ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА ЗАХТЕВ ПРИМИО**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(презиме и име)

Тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дана: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_