**ЗАХТЕВ ЗА ПРИЗНАВАЊЕ ПРАВА НА НОВЧАНУ НАКНАДУ РАЗЛИКЕ**

**ДО ИЗНОСА УВЕЋАНОГ ДОДАТКА ЗА ПОМОЋ И НЕГУ ДРУГОГ ЛИЦА ЗБОГ ТЕЛЕСНОГ ОШТЕЋЕЊА**

**УЗ ЗАХТЕВ ПРИЛАЖЕМ:**

1. **ЛИЧНУ КАРТУ**
2. **ИЗВОД ИЗ МАТИЧНЕ КЊИГЕ РОЂЕНИХ**
3. **УВЕРЕЊЕ О ДРЖАВЉАНСТВУ**
4. **РЕШЕЊЕ РЕПУБЛИЧКОГ ФОНДА ЗА ПЕНЗИЈСКО И**

**ИНВАЛИДСКО ОСИГУРАЊЕ О УТВРЂИВАЊУ ПРАВА НА НОВЧАНУ НАКНАДУ ЗА ПОМОЋ И НЕГУ ДРУГОГ ЛИЦА**

1. **РЕШЕЊЕ РЕПУБЛИЧКОГ ФОНДА ЗА ПЕНЗИЈСКО И ИНВАЛИДСКО ОСИГУРАЊЕ О УТВРЂИВАЊУ ТЕЛЕСНОГ ОШТЕЋЕЊА**

Напомена: тражени документи (од редног броја 2 до 5) морају бити оригинали или оверене копије

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА:

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

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

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

ЈМБГ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ТЕЛ. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАХТЕВ ПРИМИО:

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

# ДАНА: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_