

ОПШТИНСКА - ГРАДСКА УПРАВА

Број:

**ЗАХТЕВ ЗА ВЕШТАЧЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНОГ СТАЊА ДЕТЕТА РАДИ  
ОСТВАРИВАЊА ПРАВА НА ОДСУСТВО СА РАДА ИЛИ РАДА СА ПОЛОВИНОМ  
ПУНОГ РАДНОГ ВРЕМЕНА ПО ОСНОВУ ПОСЕБНЕ НЕГЕ ДЕТЕТА**

\_\_\_\_\_ из \_\_\_\_\_  
(име и презиме подносиоца захтева) (место)  
\_\_\_\_\_, број телефона \_\_\_\_\_,  
(адреса)

мејл адреса \_\_\_\_\_ у радном односу \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(назив послодавца)

подносим захтев за вештачење здравственог стања детета,

\_\_\_\_\_, рођеног \_\_\_\_\_ у \_\_\_\_\_,  
(име и презиме детета) (датум и година) (место)

у поступку остваривања права на одсуство са рада или рад са половином пуног радног времена,  
а ради упућивања надлежној комисији.

Уз захтев прилажем и медицинску документацију у складу са чланом 13. Правилника о  
ближим условима, поступку и начину остваривања права на одсуство са рада или рада са  
половином пуног радног времена, ради посебне неге детета.

Датум:

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА

\_\_\_\_\_  
(својеручни потпис)

ОПШТИНСКА - ГРАДСКА УПРАВА

Број: \_\_\_\_\_

**ЗАХТЕВ ЗА ВЕШТАЧЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНОГ СТАЊА ДЕТЕТА РАДИ  
ОСТВАРИВАЊА ПРАВА НА ОСТАЛЕ НАКНАДЕ ПО ОСНОВУ ПОСЕБНЕ НЕГЕ  
ДЕТЕТА**

\_\_\_\_\_ из \_\_\_\_\_  
(име и презиме подносиоца захтева) (место)  
\_\_\_\_\_, број телефона \_\_\_\_\_,  
(адреса)

мејл адреса \_\_\_\_\_ ангажовано по основу \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(врста ангажовања - уговора)

подносим захтев за вештачење здравственог стања детета,

\_\_\_\_\_, рођеног \_\_\_\_\_ у \_\_\_\_\_,  
(име и презиме детета) (датум и година) (место)

у поступку остваривања права на остале накнаде по основу посебне неге детета, а ради упућивања надлежној комисији.

Уз захтев прилажем и медицинску документацију у складу са чланом 13. Правилника о ближим условима, поступку и начину остваривања права на одсуство са рада или рада са половином пуног радног времена, ради посебне неге детета.

Датум:

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА

\_\_\_\_\_  
(својеручни потпис)

ОПШТИНСКА - ГРАДСКА УПРАВА

Број:  
Датум:

ПРВОСТЕПЕНА КОМИСИЈА РЕПУБЛИЧКОГ ФОНДА ЗА ПЕНЗИЈСКО И  
ИНВАЛИДСКО ОСИГУРАЊЕ У \_\_\_\_\_

ПРЕДМЕТ: Вештачење здравственог стања детета ради остваривања права на одсуство са рада или рада са половином пуног радног времена односно остваривања права на остале накнаде по основу посебне неге детета

У прилогу дописа, на основу члана 14. Правилника о ближим условима, поступку и начину остваривања права на одсуство са рада или рада са половином пуног радног времена ради посебне неге детета, достављамо вам документацију за дете \_\_\_\_\_ из \_\_\_\_\_ чији је родитељ/старатељ/хранитељ \_\_\_\_\_ поднео захтев овом органу за остваривање права на одсуство са рада или рада са половином пуног радног времена односно остваривање права на остале накнаде по основу посебне неге детета.

Потребно је да нас обавестите о датуму заседања Првостепене комисије како би подносиоцу захтева био упућен позив за вештачење.

Молимо вас да овај поступак сматрате **хитним**.

За сва евентуална питања можете се обратити општинској – градској управи на телефон \_\_\_\_\_.

Прилог:

- стручни налази

СТАРЕШИНА ОРГАНА

\_\_\_\_\_

ОПШТИНСКА - ГРАДСКА УПРАВА

---

Број:  
Датум:

**ПОЗИВ ЗА ВЕШТАЧЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНОГ СТАЊА ДЕТЕТА РАДИ  
ОСТВАРИВАЊА ПРАВА НА ОДСУСТВО СА РАДА ИЛИ РАДА СА ПОЛОВИНОМ  
ПУНОГ РАДНОГ ВРЕМЕНА**

\_\_\_\_\_ из \_\_\_\_\_  
(име и презиме подносиоца захтева) (место)

\_\_\_\_\_  
(адреса)

Позивамо Вас да са дететом \_\_\_\_\_, дођете  
(име и презиме детета)

у просторије Првостепене комисије за вештачење здравственог стања детета ради  
остваривања права на одсуство са рада или рада са половином пуног радног времена ради  
посебне неге детета, односно права на остале накнаде по основу посебне неге

\_\_\_\_\_  
(место и адреса)

дана \_\_\_\_\_ године у \_\_\_\_\_ сати.

СТАРЕШИНА ОРГАНА

---

ПРВОСТЕПЕНА КОМИСИЈА  
ЗА ОСТВАРИВАЊЕ ПРАВА  
НА ОДСУСТВО СА РАДА  
РАДИ ПОСЕБНЕ НЕГЕ ДЕТЕТА

Место прегледа \_\_\_\_\_  
Датум прегледа \_\_\_\_\_ године

Бр. \_\_\_\_\_

Место \_\_\_\_\_

Датум захтева \_\_\_\_\_

Датум престанка права на одсуство са рада ради неге детета \_\_\_\_\_

### Мишљење о здравственом стању детета

Првостепена комисија даје мишљење да код детета \_\_\_\_\_, ЈМБГ \_\_\_\_\_ постоје/не постоје сметње у развоју и инвалидитет сходно члану \_\_\_\_\_ Правилника о ближим условима, поступку и начину остваривања права на одсуство са рада или рада са половином пуног радног времена, ради посебне неге детета („Службени гласник РС“ број: /18) са основном дијагнозом и шифром (МКБ 10) \_\_\_\_\_.

Постоји/не постоји потреба подносиоца захтева за одсуство са рада или рада са половином пуног радног времена, ради посебне неге детета \_\_\_\_\_ (име и презиме), ЈМБГ \_\_\_\_\_, из \_\_\_\_\_, ул. \_\_\_\_\_ бр. \_\_\_\_\_, запосленом у \_\_\_\_\_ (назив и седиште послодавца) у временском трајању од \_\_\_\_\_ месеци (словима), односно од \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_ (датум).

Контролни преглед није потребан/обавити \_\_\_\_\_ (датум)

У смислу члана 18. Правилника о ближим условима, поступку и начину остваривања права на одсуство са рада или рада са половином пуног радног времена, ради посебне неге детета, против овог мишљења може се изјавити приговор Другостепеној комисији у року од 8 дана од дана пријема мишљења.

Приговор се предаје надлежном органу јединице локалне самоуправе, писмено или усмено на записник, односно путем поште препоручено.

Чланови комисије:

\_\_\_\_\_  
(председник комисије)

\_\_\_\_\_  
(члан комисије)

\_\_\_\_\_  
(члан комисије)

\_\_\_\_\_  
(секретар комисије)

М.П.

ПРВОСТЕПЕНА КОМИСИЈА ЗА  
ОСТВАРИВАЊЕ ПРАВА НА  
ОДСУСТВО СА РАДА РАДИ  
ПОСЕБНЕ НЕГЕ ДЕТЕТА У

Место прегледа \_\_\_\_\_  
Датум прегледа \_\_\_\_\_ године

Бр. \_\_\_\_\_  
Место \_\_\_\_\_  
Датум захтева \_\_\_\_\_

### Мишљење о здравственом стању детета

Првостепена комисија даје мишљење да код детета \_\_\_\_\_, ЈМБГ \_\_\_\_\_ постоје/не постоје сметње у развоју и инвалидитет сходно члану \_\_\_\_\_ Правилника о ближим условима, поступку и начину остваривања права на одсуство са рада или рада са половином пуног радног времена, ради посебне неге детета („Службени гласник РС“ број: /18) са основном дијагнозом и шифром (МКБ 10) \_\_\_\_\_.

Постоји/не постоји потреба подносиоца захтева за правом на остале накнаде по основу посебне неге детета, \_\_\_\_\_ (име и презиме), ЈМБГ \_\_\_\_\_, из \_\_\_\_\_, ул. \_\_\_\_\_ бр. \_\_\_\_\_, ангажованом по основу \_\_\_\_\_ у временском трајању од \_\_\_\_\_ месеци (словима), односно од \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_ (датум).

Контролни преглед није потребан/обавити \_\_\_\_\_ (датум)

У смислу члана 18. Правилника о ближим условима, поступку и начину остваривања права на одсуство са рада или рада са половином пуног радног времена, ради посебне неге детета, против овог мишљења може се изјавити приговор Другостепеној комисији у року од 8 дана од дана пријема мишљења.

Приговор се предаје надлежном органу јединице локалне самоуправе, писмено или усмено на записник, односно путем поште препоручено.

Чланови комисије:

\_\_\_\_\_  
(председник комисије)

\_\_\_\_\_  
(члан комисије)

\_\_\_\_\_  
(члан комисије)

\_\_\_\_\_  
(секретар комисије)

М.П.

ДРУГОСТЕПЕНА КОМИСИЈА  
ЗА ОСТВАРИВАЊЕ ПРАВА НА  
ОДСУСТВО СА РАДА РАДИ  
ПОСЕБНЕ НЕГЕ ДЕТЕТА

Место прегледа : Београд  
Датум прегледа \_\_\_\_\_ године

Број \_\_\_\_\_  
Место \_\_\_\_\_  
Датум \_\_\_\_\_

### Мишљење о здравственом стању детета

Наводи жалбе: \_\_\_\_\_

Сагласни смо/нисмо сагласни са мишљењем Првостепене комисије у поступку бр. \_\_\_\_\_ од \_\_\_\_\_ године да код детета \_\_\_\_\_ (име и презиме), ЈМБГ \_\_\_\_\_

1. Не постоји инвалидитет и сметња у развоју сходно Правилнику о ближим условима, поступку и начину остваривања права на одсуство са рада или рада са половином пуног радног времена, ради посебне неге детета („Службени гласник РС“ број: 56 /18).

2. Постоји инвалидитет и сметња у развоју сходно члану \_\_\_\_\_ Правилника о ближим условима, поступку и начину остваривања права на одсуство са рада или рада са половином пуног радног времена, ради посебне неге детета, са основном дијагнозом и шифром \_\_\_\_\_ у трајању од \_\_\_\_\_ месеци (словима) односно од \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_ са контролним прегледом заказаним за \_\_\_\_\_ године.

3. Постоји инвалидитет и сметња у развоју сходно члану \_\_\_\_\_ Правилнику о ближим условима, поступку и начину остваривања права на одсуство са рада или рада са половином пуног радног времена, ради посебне неге детета са основном дијагнозом и шифром \_\_\_\_\_ без контролног прегледа.

Мишљења смо да \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Образложење: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Чланови комисије:

\_\_\_\_\_  
(председник комисије)

\_\_\_\_\_  
(члан комисије)

\_\_\_\_\_  
(члан комисије)

\_\_\_\_\_  
(секретар комисије)

М.П.

Списак обављених вештачења Првостепене комисије за остваривање права на одсуство са рада или рада са половином пуног радног времена ради посебне неге детета

Место \_\_\_\_\_

Датум \_\_\_\_\_ године

редни број	Име и презиме подносиоца захтева	ЈМБГ подносиоца захтева
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Чланови комисије

Председник комисије - лекар вештак РФ ПИО

*Члан комисије - лекар специјалиста педијатрије*

Члан комисије - здравствени сарадник

Члан комисије - секретар комисије

ЈМБГ чланова комисије



Списак обављених вештачења Другостепене комисије за остваривање права на одсуство са рада или рада са половином пуног радног времена ради посебне неге детета

Место \_\_\_\_\_

Датум \_\_\_\_\_ године

редни број	Име и презиме подносиоца захтева	ЈМБГ подносиоца захтева
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Чланови комисије

Председник комисије - лекар вештак РФ ПИО

Члан комисије - лекар специјалиста педијатрије

Члан комисије - здравствени сарадник

Члан комисије - секретар комисије

ЈМБГ чланова комисије