**ОБРАЗАЦ 1**

**З А Х Т Е В**

**НА ЈАВНИ ПОЗИВ ЗА КУПОВИНУ СТАНОВА У**

**ЈАВНОЈ СВОЈИНИ ГРАДА НОВОГ САДА**

1. **Општо подаци о подносиоцу захтева:**

|  |  |
| --- | --- |
| Име и презиме |  |
| ЈМБГ |  |
| Адреса становања |  |
| Адреса из личне карте |  |
| Контакт телефон | Кућа |  |
| мобилни |  |

1. **Захтев се подноси за куповину стана на адреси:**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(навести адресу стана)*

1. **Подаци за основе и мерила за утврђивање реда првенства:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Стамбени статус на територији Града Новог Сада*(заокружити)* | 1. | Подстанар |
| 2. | Становање у колективном смештају |
| 3. | Становање у заједничком домаћинству |
| 4. | Становање код блиских сродника |
| 5. | Становање у заједничким просторијама у стамбеној згради које се користе са правним основом |
| 6. | Коришћење стана или заједничких просторија без правног основа |
| 7. | Други стамбени статус |
| 2. | Не |
| 2.  | Здравствено стањеподносиоца захтева и/или члана породичног домаћинства *(лица са тешком болећу која немају статус особе са инвалидитетом, тешком болешћу сходно чл. 6. Правилника о мерилима за утврђивање реда првенства за доделу стамбене подршке („Сл. гласник РС“, број 75/17) сматрају се: малигне болести, теже болести крви, инсулин зависни дијабетис мелитус, хронична бубрежна инсуфицијенција на дијализи и после трансплантације, тешке урођене и стечене срчане мане, тешки облици астме, хронична неспецифична болест плућа, активна туберкулоза, системске аутоимуне болести, прогресивна неуромишићна обољења, епилепсија, тежи душевни поремећаји и друга тешка обољења)* *(заокружити)* | 1. | Да |
| 2. | Не |
| 3. | Инвалидност подносиоца захтева и/или члана његовог породичног домаћинства *(лица са статусом особе са инвалидитетом) (заокружити)* | 1. | Да |
| 2. | Не |
| 4. | Телесно оштећење*(заокружити)* | 1. |  Да*(заокружити)* | 1. | Телесно оштећење 100% |
| 2. | Телесно оштећење 90% |
| 3. | Телесно оштећење 80% |
| 4. | Телесно оштећење 70% |
| 5. | Телесно оштећење 60% |
| 6. | Телесно оштећење 50% |
| 7. | Телесно оштећење 40% |
| 8. | Телесно оштећење 30% и мање |
| 2. | Не |
| 5. | Чланови породичног домаћинства *(уписати име, презиме, ЈМБГ и сродство)* | 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |
| 6. | Подносилац захтева сам врши родитељско право *(заокружити)* | 1. | Да |
| 2. | Не |

У Новом Саду, Давалац изјаве

Дана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ године \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(име и презиме)*

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(адреса)*

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

 *(ЈМБГ, број личне карте)*

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

 *(својеручни потпис)*