



UP

Ime (ime jednog roditelja) i prezime: _____
Naziv pravnog subjekta: _____
Adresa stanovanja / sjedišta: _____
Broj telefona, FAX-a, mobilnog telefona, e-mail adresa: _____
Adresa za dostavu pošte: _____

Općina Novi Grad Sarajevo
Služba za boračka pitanja, rad, socijalna pitanja i zdravstvo
Odsjek za rad, socijalna pitanja i zdravstvo

**Predmet: Zahtjev za priznavanje prava na zdravstvenu zaštitu
po osnovu statusa raseljenog lica - prognanika**

Obraćam se zahtjevom za priznavanje prava na zdravstvenu zaštitu po osnovu statusa raseljenog lica - prognanika:

1. lično (podnosiocu zahtjeva)
2. supruga / suprugu
3. djeca
4. unučad
5. druge članove zajedničkog domaćinstva (otac, majka, svekar, svekrva, sestra, brat, snaha)
(Zaokružiti)

Uz zahtjev prilažem:

1. Uvjerenje Zavoda zdravstvenog osiguranja Kantona Sarajevo da ne ostvaruje pravo na zdravstvenu zaštitu za sve članove domaćinstva
2. Dokaz o radnoj angažiranosti punoljetnih članova domaćinstva (PIO, BIRO, uvjerenje o redovnom školovanju
3. Potvrda Uprave prihoda da nije poreski obveznik (za sve punoljetne članove domaćinstva)
4. Izvod iz matične knjige rođenih (za djecu)
5. Fotokopija prijavnice mjesta prebivališta (ne starija od šest mjeseci)

Napomena:

- Dokumentacija se prilaže u originalu ili ovjerenj kopiji, ne starija od 6 mjeseci

Napomena za taksu: Na osnovu člana 8. stav 1. tačka 10. i člana 9. tačka 7. Zakona o administrativnim taksama - Prečišćeni tekst ("Službene novine Kantona Sarajevo", broj 30/01-prečišćen tekst, 22/02, 10/05, 26/08 i 23/16) korisnik je oslobođen plaćanja takse.

Rok za rješavanje: 60 dana od prijema zahtjeva.

U skladu sa članom 5. Zakona o zaštiti ličnih podataka (Službeni glasnik BiH broj 49/06, 76/11 i 89/11), kao nosilac gore navedenih i dostavljenih ličnih podataka, saglasan/saglasna sam da nadležna služba vrši obradu istih u postupku rješavanja predmetnog zahtjeva.

Podnosilac zahtjeva

U Sarajevu _____ godine

(ime i prezime)