



Ime (ime jednog roditelja) i prezime: _____
Jedinstveni matični broj (JMB): _____
Naziv pravnog subjekta: _____
Adresa stanovanja / sjedišta: _____
Broj telefona, fax-a i mob.: _____
Adresa za dostavu pošte: _____

OPĆINA HADŽIĆI

- Služba za boračko – invalidsku, socijalnu
i zdravstvenu zaštitu, izbjegla i raseljena lica -

PREDMET: **Zahtjev za priznavanje prava na zdravstvenu zaštitu CŽR-a.-**

Podnosim zahtjev za priznavanje prava na zdravstvenu zaštitu po osnovu:

1. Lične invalidnine CŽR-a
 2. Porodične invalidnine CŽR-a
- (**Zaokružiti**)

Uz zahtjev prilažem slijedeću dokumentaciju:

1. Ovjerena fotokopija lične karte i prijava mjesta prebivališta,
2. Ovjerenu fotokopiju rješenje o priznavanju prava na ličnu-porodičnu invalidninu,
3. Kućna lista,
4. Uvjerenje Zavoda zdravstvenog osiguranja Kantona Sarajevo – Poslovnica Hadžići da ne ostvaruje pravo na zdravstvenu zaštitu
5. Uvjerenje o kretanju,
6. Uvjerenje Uprave prihoda da nije poreski obveznik (za sve punoljetne članove),
7. Uvjerenje Federalnog zavoda za penzijsko – invalidsko osiguranje da nije korisnik penzije,
8. Uvjerenje iz Federalnog zavoda za zapošljavanje Sarajevo – Poslovnica Hadžići da ne ostvaruje zdravstveno osiguranje putem biroa,
9. Nepopunjena zdravstvena knjižica,
10. _____.

Potpisom na obrascu dajem izričitu saglasnost Općini Hadžići za obradu ličnih podataka datih u navedenom zahtjevu.

U Hadžićima, _____ 20__ . godine

Podnosilac zahtjeva:
