



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 djece od rođenja do polaska u školu.-

Podnosim zahtjev za priznavanje prava na zdravstveno osiguranje za dijete-djecu:

1. _____ rođ. _____ god.
2. _____ rođ. _____ god.
3. _____ rođ. _____ god.
4. _____ rođ. _____ god.

Uz zahtjev prilažem slijedeću dokumentaciju:

1. Ovjerenja fotokopija lične karte i prijava mjesta prebivališta-boravišta za roditelje,
2. Prijava mjesta boravka za djecu,
3. Kućna lista,
4. Izvod iz matične knjige rođenih za djecu,
5. Uvjerenje Zavoda zdravstvenog osiguranja Kantona Sarajevo – Poslovnica Hadžići da ne ostvaruje pravo na zdravstvenu zaštitu za sve članove domaćinstva, (u slučaju da se roditelji nalaze u radnom odnosu potrebno je dostaviti uvjerenje iz ZZO da firma kod koje su roditelji osigurani ne uplaćuje zdravstveno osiguranje),
6. Uvjerenje Federalnog Zavoda za zapošljavanje – Sarajevo, Biro Hadžići (naznačiti na uvjerenju da li imaju ili nemaju pravo na zdravstvenu zaštitu preko Biroa),
7. Uvjerenje uprave prihoda da nije poreski obveznik (za sve punoljetne članove),
8. Uvjerenje o kretanju za podnosioca zahtjeva,
9. Nepopunjene zdravstvene knjižice za djecu.
10. _____.

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

Hadžićima, _____ 20__ . godine

Podnosilac zahtjeva:
