



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 korisnika porodične invalidnine.-**

Kao priznati korisnik porodične invalidnine obraćam se sa zahtjevom za priznavanje prava na zdravstvenu zaštitu.

Uz zahtjev prilažem slijedeću dokumentaciju:

1. Ovjerena kopija rješenja nadležne službe kojim je podnosiocu zahtjeva priznato pravo na porodičnu invalidninu,
2. Uvjerenje Fed. Zavoda za penzijsko invalidsko osiguranje da nije korisnik istog i da nije u radnom odnosu,
3. Uvjerenje Uprave prihoda da nije poreski obveznik,
4. Uvjerenje Službe za zapošljavanje -Biro Hadžići da ne ostvaruje zdravstvenu zaštitu i da nema uslov za zdravstvenu zaštitu,
5. Izvod iz matične knjige vjenčanih,
6. Izvod iz matične knjige rođenih (**za podnosioca zahtjeva**)
7. Izvod iz matične knjige rođenih za djecu,
8. Potvrda o redovnom školovanju djece starije od 15 godine,
9. Ovjerene kopija CIPS-ove lične karte (**za podnosioca zahtjeva**),
10. Uvjerenje o kretanju PU (**za podnosioca zahtjeva i punoljetne članove domaćinstva**),
11. Zdravstvena knjižica i prijava (obr. M-1 ZO)
12. Potvrda Zavoda zdravstvenog osiguranja Kantona Sarajevo - Poslovnica Hadžići da podnosilac zahtjeva nije korisnik zdravstvene zaštite

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

U Hadžićima, _____ 20 ____ . godine

Podnosilac zahtjeva:
