



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 ratnog vojnog invalida.-**

Obraćam se sa zahtjevom za priznavanje prava na zdravstvenu zaštitu mene i moje porodice.

Uz zahtjev prilažem sljedeću dokumentaciju:

1. Ovjerena kopija rješenje nadležnog organa o priznavanju svojstva RVI-a,
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 **nema uslova** 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. Ovjerena kopija CIPS-ove lične karte ,
10. Uvjerenje o kretanju PU (**za podnosioca zahtjeva i sve punoljetne članove domaćinstva**),
11. Potvrda zavoda zdravstvenog osiguranja Kantona Sarajevo da podnosilac zahtjeva nije korisnik zdravstvene zaštite,
12. Zdravstvena knjižica i obrazac prijava promjene (obrazac ZO - 3)

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

U Hadžićima, _____ 20____. godine

Podnosilac zahtjeva:
