

PODNOŠILAC ZAHTJEVA:



Prezime	
Ime	
Ime roditelja	
JMB	
Adresa stanovanja	
Kontakt telefon	

--

**OPĆINA VOGOŠĆA
SLUŽBA ZA BORAČKO INVALIDSKU
I SOCIJALNU ZAŠTITU, INTEGRISANI LOKALNI
RAZVOJ I DRUŠTVENE DJELATNOSTI**

PREDMET: ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJA PRAVA NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU KORISNIKA BIZ-a

RVI – Šehidska porodica – demobilisani borac A R BiH, a pravo na Z/Z ne mogu da ostvarim po drugom osnovu te tražim da mi Vi to omogućite u skladu sa važećim Zakonskim propisima.

Potrebna dokumentacija:

1. Lična karta i prijava mjesta prebivališta - boravišta
2. Uvjerenje PIO
3. Uvjerenje poreske uprave
4. Kućna lista
5. Uvjerenje BIRO-a
6. Rješenje o statusu (PI – LI – Uvjerenje OMO za demobilisane borce)
7. Uvjerenje Službe za boračko invalidsku i socijalnu zaštitu, integrisani lokalni razvoj i društvene djelatnosti (Odsjeka za boračko-invalidsku i socijalnu zaštitu) da nije korisnik prava po osnovu socijalne zaštite
8. Uvjerenje od Službe za privredu da ne obavlja samostalnu djelatnost
9. Potvrda od Zavoda zdravstvenog osiguranja da li se nalazi na zdravstvenom osiguranju
10. Izjava stranke ovjerena od strane Općine da ne prima penziju iz inostranstva putem neke banke
11. Prijava na zdravstveno osiguranje
12. Zdravstvena knjižica

Dokazi se prilažu u fomi propisno ovjerene kopije kod nadležne službe organa uprave.

Vogošća, _____ 200__ godine

PODNOŠILAC ZAHTJEVA

L.K. _____ P.U. _____

Napomena:

Navedite kontakt adresu, ukoliko to nije adresa stanovanja _____