

PODNOŠILAC ZAHTEVA:



Prezime

Ime

Ime roditelja

JMB

Adresa stanovanja

Kontakt telefon

OPĆINA VOGOŠĆA
SLUŽBA ZA BORAČKO INVALIDSKU,
SOCIJALNU ZAŠTITU I RASELJENA LICA

PREDMET: ZAHTEJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU
ZA LICA PREKO 65 GODINA STAROSTI

Obraćam Vam se zahtjevom da mi izdate rješenje o priznavanju prava na zdravstvenu zaštitu kao licu preko 65 godina života za _____.

Uz zahtjev prilažem potrebnu dokumentaciju:

1. Uvjerenje od ZZ osiguranja Kantona Sarajevo- Poslovnica Vogošća
2. Obrazac zdravstvene knjižice
3. Prijava na obavezno zdravstveno osiguranje
4. Uvjerenje od Porezne uprave da niste porezni obveznik
5. Uvjerenje od Službe za privredu Općine Vogošća da ne obavljate samostalnu djelatnost
6. Uvjerenje iz Centra za socijalni rad da niste zdravstveno osigurani kao i članovi vašeg domaćinstva
7. Uvjerenje iz Službe za BIZ da nizam zdravstveno osiguran
8. Uvjerenje da niste korisnik prava civilnih žrtava rata i članovi vaše porodice
9. Uvjerenje iz PIO-a da niste uži valac penzije
10. Kućna lista
11. Uvjerenje iz katastra
12. Kopija LK i prijava o mjestu boravka,
13. Uvjerenje o državljanstvu,
14. Izjava jednog lica da nije uži valac inostrane penzije

Vogošća, _____ 20__ . godine

PODNOŠILAC ZAHTEVA

L.K. _____ P.U. _____

Napomena: Sva dokumentacija koja se predaje uz zahtjev mora biti original ili ovjerene fotokopije.

Navedite kontakt adresu, ukoliko to nije adresa stanovanja _____