

**PODNOŠILAC ZAHTJEVA:**



<b>Prezime</b>	
<b>Ime</b>	
<b>Ime roditelja</b>	
<b>JMB</b>	
<b>Adresa stanovanja</b>	
<b>Kontakt telefon</b>	

--

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

**PREDMET: ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU**  
**ZA CIVILNE ŽRTVE RATA I ČLANOVE PORODICE CIVILNE ŽRTVE RATA**

Obraćam Vam se zahtjevom da mi izdate rješenje o priznavanju prava na zdravstvenu zaštitu kao civilnoj žrtvi rata ili članu porodice civilne žrtve rata za \_\_\_\_\_.

**Uz zahtjev prilažem potrebnu dokumentaciju:**

1. Uvjerenje od ZZ osiguranja Kantona Sarajevo- Poslovnica Vogošća
2. Obrazac zdravstvene knjižice
3. Obrazac ZO 1 – Prijava na obavezno zdravstveno osiguranje
4. Kopija rješenja o priznavanju prava na civilnu žrtvu rata
5. Potvrda sa BIRO-a sa napomenom da niste zdravstveno osigurani kao i članovi vašeg domaćinstva
6. Uvjerenje od Porezne uprave da niste porezni obveznik
7. Uvjerenje od Službe za privredu Općine Vogošća da ne obavljate samostalnu djelatnost
8. Uvjerenje iz Centra za socijalni rad da niste zdravstveno osigurani kao i članovi vašeg domaćinstva
9. Uvjerenje iz Službe za BIZ da nisam zdravstveno osiguran
10. Potrebno je da podnosilac zahtjeva ima najmanje godinu dana prebivališta na Kantonu Sarajevo
11. Uvjerenje iz PIO/MIO da nije uživatelj penzije
12. Kućna lista
13. Izvod iz MKR za djecu
14. Kopija L.K. i prijave o mjestu prebivališta
15. Uvjerenje o državljanstvu podnosioca zahtjeva

Vogošća, \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_. godine

PODNOŠILAC ZAHTJEVA

\_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_