

**PODNOŠILAC ZAHTEVA:**



Prezime

Ime

Ime roditelja

JMB

Adresa stanovanja

Kontakt telefon

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

**PREDMET: ZAHTEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU**  
**ZA RASELJENA I IZBJEGLA LICA**

Obraćam Vam se zahtjevom za izdavanje rješenja o priznavanju prava na zdravstvenu zaštitu po osnovu statusa raseljenog lica za slijedeće članove domaćinstva \_\_\_\_\_

**Uz zahtjev prilažem potrebnu dokumentaciju:**

2. Fotokopija LK i prijave o mjestu boravka
3. Uvjerenje o državljanstvu,
4. Uvjerenje od ZZ osiguranja Kantona Sarajevo- Poslovnica Vogošća
5. Obrazac zdravstvene knjižice
6. Prijava na obavezno zdravstveno osiguranje
7. Kopija rješenja o priznavanju prava na status raseljenog lica
8. Kopija legitimacije raseljenog lica
9. Potvrda sa BIRO-a sa napomenom da niste zdravstveno osigurani kao i članovi vašeg domaćinstva
10. Uvjerenje od Porezne uprave da niste porezni obveznik
11. Uvjerenje od Službe za privredu Općine Vogošća da ne obavljate samostalnu djelatnost
12. Uvjerenje iz Centra za socijalni rad da niste zdravstveno osigurani kao i članovi vašeg domaćinstva
13. Uvjerenje iz Službe za BIZ da niste zdravstveno osiguran
14. Uvjerenje da nije korisnik prava civilne žrtve rata
15. Kućna lista
16. Uvjerenje iz PIO/MIO da nije uži valac penzije/mirovine
17. Izvod iz MKR za djecu

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 \_\_\_\_\_