

**PODNOŠILAC ZAHTEVA:**



Prezime

Ime

Ime roditelja

JMB

Adresa stanovanja

Kontakt telefon

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

**PREDMET: ZAHTEJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU ZA DJECU  
OD ROĐENJA DO NAVRŠENIH 15.GODINA ŽIVOTA, ODNOSNO STARIJE MALOLJETNIKE  
DO 18. GODINA ŽIVOTA.**

Obraćam Vam se zahtjevom da mi izdate rješenje o priznavanju prava na zdravstvenu zaštitu za dijete \_\_\_\_\_ od rođenja do navršenih 15.godina života, odnosno starije maloljetnike do 18. godina života, a koje nije zdravstveno osigurano po drugom osnovu.

**Uz zahtjev prilažem potrebnu dokumentaciju:**

1. Uvjerenje od ZZ osiguranja Kantona Sarajevo- Poslovnica Vogošća za sve članove domaćinstva,
2. Obrazac zdravstvene knjižice
3. Prijava na obavezno zdravstveno osiguranje
4. Potvrda sa BIRO-a za roditelje sa napomenom da nisu zdravstveno osigurani,
5. Uvjerenje od Porezne uprave da niste porezni obveznik (za roditelje),
6. Uvjerenje od Službe za privredu Općine Vogošća da ne obavljate samostalnu djelatnost (za roditelje),
7. Uvjerenje iz Centra za socijalni rad da niste zdravstveno osigurani kao i članovi vašeg domaćinstva
8. Uvjerenje iz Službe za BIZ da nisu zdravstveno osigurani za sve članove domaćinstva,
9. Uvjerenje da niste korisnika prava po osnovu civilnih žrtava rata kao i članovi vašeg domaćinstva
10. Kućna lista
11. Izvod iz MKR za djecu
12. Kopija L.K. i prijave o mjestu prebivališta za roditelje i djecu,
13. uvjerenje o državljanstvu,
14. Potrebno je da podnosilac zahtjeva ima godinu dana prebivališta u Kantonu Sarajevo (navedeno se dokazuje uvjerenjem o kretanju),

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 \_\_\_\_\_