

PODNOŠILAC ZAHTJEVA:

Prezime	
Ime	
Ime roditelja	
JMB	
Adresa stanovanja	
Kontakt telefon	

--

OPĆINA VOGOŠĆA
SLUŽBA ZA BORAČKO INVALIDSKU I
SOCIJALNU ZAŠTITU

PREDMET: ZAHTEJ ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU
ZA OSOBE U STANJU SOCIJALNE POTREBE

Obraćam Vam se zahtjevom da mi izdate rješenje o priznavanju prava na zdravstvenu zaštitu kao osobi u stanju socijalne potrebe za _____

Uz zahtjev prilažem potrebnu dokumentaciju:

1. Uvjerenje od ZZ osiguranja Kantona Sarajevo - Poslovnica Vogošća da imenovani-a nije ostvario status osiguranog lica ni po kom drugom osnovu u skladu sa propisima
2. Obrazac zdravstvene knjižice
3. Kućna lista
4. Kopiju CIPS-ove lične karte i potvrdu o prijavi mjesta prebivališta-boravišta ne stariju od šest mjeseci
5. Uvjerenje o državljanstvu,
6. Uvjerenje Porezne uprave Ispostava Vogošća da niste porezni obveznik
7. Uvjerenje Službe za privredu Općine Vogošća da ne obavljate samostalnu djelatnost
8. Uvjerenje Službe za boračko-invalidsku, socijalnu zaštitu i raseljena lica da niste zdravstveno osigurani
9. Uvjerenje PIO da niste uživalac penzije
10. Uvjerenje Biroa za zapošljavanje da se nalazi na evidenciji nezaposlenih lica, ne starije od šest mjeseci
11. Uvjerenje od Zemljišno knjižnog ureda i Knjige položenih ugovora da podnosilac zahtjeva i svi punoljetni članovi domaćinstva nisu vlasnici stana i nekretnina
12. Uvjerenje Službe socijalne zaštite Vogošća da niste zdravstveno osigurani, kao i članovi Vašeg domaćinstva (ul. Omladinska br. 41)
13. Socijalnu anamnezu od Službe socijalne zaštite Vogošća da se radi o licu u stanju socijalne potrebe za podnosioca zahtjeva radi ostvarivanja prava na zdravstveno osiguranje, te da li ima članove porodice koji su po zakonu dužni da se o njemu staraju (ul. Omladinska br. 41)

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 _____

(Prezime, ime oca i ime korisnika)

Adresa _____

U skladu sa članom 5. Zakona o zaštiti ličnih podataka („Službeni glasnik BiH“, broj: 46/06, 76/11 i 89/11), a u vezi sa članom 8. Zakona o upravnom postupku („Službene novine Federacije BiH“, broj: 2/98 i 48/99), u prisustvu službenog lica Službe za boračko-invalidsku i socijalnu zaštitu Općine Vogošća dajem sljedeću:

I Z J A V U

Pod punom moralnom, materijalnom i krivičnom odgovornošću izjavljujem da sam saglasan-a da se moji lični podaci i podaci članova moje porodice (ime i prezime, ime roditelja, datum rođenja, jedinstveni matični broj, adresa stanovanja, kao i ostali podaci) mogu koristiti u predmetu ostvarivanja prava na **zdravstvena zaštita za lica u stanju socijalne potrebe** nadležne Službe, sve dok ispunjavam Zakonske uslove za traženo pravo.

Službeno lice :

Izjavu dao-la:

L.K. broj _____ PU Vogošća

U Vogošći, _____ godine