

**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 I  
SOCIJALNU ZAŠTITU**

**PREDMET: ZAHTJEV 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:**

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

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 **zdravstvenu zaštitu raseljenih lica** nadležne Službe, sve dok ispunjavam Zakonske uslove za traženo pravo.

Službeno lice :

Izjavu dao-la:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

L.K. broj \_\_\_\_\_ PU Vogošća

U Vogošći, \_\_\_\_\_ godine