

PODNOŠILAC ZAHTJEVA:



Prezime	
Ime	
Ime roditelja	
JMB	
Adresa stanovanja	
Kontakt telefon	

--

**OPĆINA VOGOŠĆA
SLUŽBA ZA BORAČKO INVALIDSKU I
SOCIJALNU ZAŠTITU**

**PREDMET: ZAHTEJ 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,

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 civilne žrtve rata** nadležne Službe, sve dok ispunjavam Zakonske uslove za traženo pravo.

Službeno lice :

Izjavu dao-la:

L.K. broj _____ PU Vogošća

U Vogošći, _____ godine