

PODNOŠILAC ZAHTJEVA:



Prezime	
Ime	
Ime roditelja	
JMB	
Adresa stanovanja	
Kontakt telefon	

--

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

**PREDMET: ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU
ZA DJECU KORISNIKE PRAVA NA DJEČIJI DODATAK**

Obraćam Vam se zahtjevom da mi izdate rješenje o priznavanju prava na zdravstvenu zaštitu za djecu _____ korisnike prava dječijeg dodatka.

Uz zahtjev prilažem potrebnu dokumentaciju:

1. Uvjerenje od ZZ osiguranja Kantona Sarajevo- Poslovnica Vogošća
2. Obrazac zdravstvene knjižice
3. Prijava na obavezno zdravstveno osiguranje
4. Kopija rješenja o priznavanju prava na dječiji dodatak
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. Uvjerenje da niste korisnika prava po osnovu civilnih žrtava rata kao i članovi vašeg domaćinstva
11. Kućna lista
12. Izvod iz MKR za djecu
13. Kopija L.K. i prijave o mjestu prebivališta za roditelje i djecu,
14. Uvjerenje o državljanstvu,
15. Potrebno je da podnosilac zahtjeva ima godinu dana prebivališta u Kantonu Sarajevo

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 korisnika dječijeg dodatka** nadležne Službe, sve dok ispunjavam Zakonske uslove za traženo pravo.

Službeno lice :

Izjavu dao-la:

L.K. broj _____ PU Vogošća

U Vogošći, _____ godine