

PODNOŠILAC ZAHTEJEVA:



Prezime	
Ime	
Ime roditelja	
Adresa stanovanja	
Kontakt telefon	

--

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

**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. Potvrda sa BIRO-a za roditelje sa napomenom da nisu zdravstveno osigurani,
3. Uvjerenje Porezne uprave da niste porezni obveznik (za roditelje),
4. Uvjerenje Službe za privredu Općine Vogošća da ne obavljate samostalnu djelatnost (za roditelje),
5. Uvjerenje Centra za socijalni rad da niste zdravstveno osigurani kao i članovi vašeg domaćinstva
6. Uvjerenje Službe za BIZ da nisu zdravstveno osigurani za sve članove domaćinstva,(službeno)
7. Uvjerenje da niste korisnika prava po osnovu civilnih žrtava rata kao i članovi vašeg domaćinstva (službeno)
8. Kućna lista
9. Izvod iz MKR za djecu
10. Prijave o mjestu prebivališta za roditelje i djecu,
11. uvjerenje o državljanstvu za roditelje i djecu
12. Uvjerenje o kretanju

Vogošća, _____ 20__ . godine

PODNOŠILAC ZAHTEJEVA

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 djecu do 15. godina....**nadležne Službe, sve dok ispunjavam Zakonske uslove za traženo pravo.

Službeno lice :

Izjavu dao-la:

L.K. broj _____ PU Vogošća

U Vogošći, _____ godine