

**PODNOŠILAC ZAHTJEVA:**



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

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