

PODNOŠILAC ZAHTJEVA:



| | |
|-------------------|--|
| Prezime | |
| Ime | |
| Ime roditelja | |
| 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. Kopija rješenja o priznavanju prava na civilnu žrtvu rata (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 PIO/MIO da nije uživatelj penzije / Uvjerenje iz evidencije aktivnih osiguranika,
9. Kućna lista
10. Izvod iz MKR za djecu
11. Prijave o mjestu prebivališta
12. Uvjerenje o državljanstvu,
13. Uvjerenje o kretanju
14. Izjava da podnositelj zahtjeva nije korisnik inostrane penzije

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