

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 LICA PREKO 65 GODINA STAROSTI**

Obraćam Vam se zahtjevom da mi izdate rješenje o priznavanju prava na zdravstvenu zaštitu kao licu preko 65 godina života za _____.

Uz zahtjev prilažem potrebnu dokumentaciju:

1. Uvjerenje od ZZ osiguranja Kantona Sarajevo- Poslovnica Vogošća
2. Uvjerenje od Porezne uprave da niste porezni obveznik
3. Uvjerenje od Službe za privredu Općine Vogošća da ne obavljate samostalnu djelatnost
4. Uvjerenje iz Centra za socijalni rad da niste zdravstveno osigurani kao i članovi vašeg domaćinstva
5. Uvjerenje iz Službe za BIZ da nizam zdravstveno osiguran (službeno)
6. Uvjerenje da niste korisnik prava civilnih žrtava rata i članovi vaše porodice (službeno)
7. Uvjerenje iz PIO-a da niste uživatelj penzije
8. Kućna lista
9. Uvjerenje iz katastra
10. Prijava o mjestu boravka,
11. Uvjerenje o državljanstvu,
12. Izjava jednog lica da nije uživatelj inostrane penzije
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 lica preko 65. godina starosti** nadležne Službe, sve dok ispunjavam Zakonske uslove za traženo pravo.

Službeno lice :

Izjavu dao-la:

L.K. broj _____ PU Vogošća

U Vogošći, _____ godine