

PODNOŠILAC ZAHTJEVA:

Prezime	
Ime	
Ime roditelja	
Adresa stanovanja	
Kontakt telefon	

--

OPĆINA VOGOŠĆA
SLUŽBA ZA BORAČKO INVALIDSKU I
SOCIJALNU ZAŠTITU

PREDMET: ZAHTEJ ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU
ZA OSOBE U STANJU SOCIJALNE POTREBE

Obraćam Vam se zahtjevom da mi izdate rješenje o priznavanju prava na zdravstvenu zaštitu kao osobi u stanju socijalne potrebe za _____

Uz zahtjev prilažem potrebnu dokumentaciju:

1. Uvjerenje od ZZ osiguranja Kantona Sarajevo - Poslovnica Vogošća da imenovani-a nije ostvario status osiguranog lica ni po kom drugom osnovu u skladu sa propisima
2. Kućna lista
3. Prijavi mjesta prebivališta
4. Uvjerenje o kretanju
5. Uvjerenje o državljanstvu,
6. Uvjerenje Porezne uprave Ispostava Vogošća da niste porezni obveznik
7. Uvjerenje Službe za privredu Općine Vogošća da ne obavljate samostalnu djelatnost
8. Uvjerenje Službe za boračko-invalidsku, socijalnu zaštitu i raseljena lica da niste zdravstveno osigurani (službeno)
9. Uvjerenje PIO da niste uživalac penzije /Uvjerenje iz evidencije aktivnih osiguranika
10. Uvjerenje Biroa za zapošljavanje da se nalazi na evidenciji nezaposlenih lica,
11. Uvjerenje od Zemljišno knjižnog ureda i Knjige položenih ugovora da podnosilac zahtjeva i svi punoljetni članovi domaćinstva nisu vlasnici stana i nekretnina
12. Uvjerenje Službe socijalne zaštite Vogošća da niste zdravstveno osigurani, kao i članovi Vašeg domaćinstva (ul. Omladinska br. 41)
13. Izjava da nije korisnik inostrane penzije
14. Socijalnu anamnezu od Službe socijalne zaštite Vogošća da se radi o licu u stanju socijalne potrebe za podnosioca zahtjeva radi ostvarivanja prava na zdravstveno osiguranje, te da li ima članove porodice koji su po zakonu dužni da se o njemu staraju (ul. Omladinska br. 41)

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 **zdravstvena zaštita za lica u stanju socijalne potrebe** nadležne Službe, sve dok ispunjavam Zakonske uslove za traženo pravo.

Službeno lice :

Izjavu dao-la:

L.K. broj _____ PU Vogošća

U Vogošći, _____ godine