

PODNOŠILAC ZAHTEJVA:



Prezime	
Ime	
Ime roditelja	
Adresa stanovanja	
Kontakt telefon	

--

OPĆINA VOGOŠĆA
SLUŽBA ZA BORAČKO INVALIDSKU I
SOCIJALNU ZAŠTITU

PREDMET: ZAHTEJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU
ZA RASELJENA I IZBJEGLA LICA

Obraćam Vam se zahtjevom za izdavanje rješenja o priznavanju prava na zdravstvenu zaštitu po osnovu statusa raseljenog lica za slijedeće članove domaćinstva _____

Uz zahtjev prilažem potrebnu dokumentaciju:

1. Prijave o mjestu boravka
2. Uvjerenje o državljanstvu,
3. Uvjerenje od ZZ osiguranja Kantona Sarajevo- Poslovnica Vogošća
4. Kopija rješenja o priznavanju prava na status raseljenog lica
5. Kopija legitimacije raseljenog lica
6. Potvrda sa BIRO-a sa napomenom da niste zdravstveno osigurani kao i članovi vašeg domaćinstva
7. Uvjerenje od Porezne uprave da niste porezni obveznik
8. Uvjerenje od Službe za privredu Općine Vogošća da ne obavljate samostalnu djelatnost
9. Uvjerenje iz Centra za socijalni rad da niste zdravstveno osigurani kao i članovi vašeg domaćinstva
10. Uvjerenje iz Službe za BIZ da nisam zdravstveno osiguran (službeno)
11. Uvjerenje da nije korisnik prava civilne žrtve rata (Službeno)
12. Kućna lista
13. Uvjerenje iz PIO/MIO da nije uživatelj penzije/mirovine / Uvjerenje iz evidencije aktivnih osiguranika
14. Izvod iz MKR za djecu

Vogošća, _____ 20__ . godine

PODNOŠILAC ZAHTEJVA

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 raseljenih lica** nadležne Službe, sve dok ispunjavam Zakonske uslove za traženo pravo.

Službeno lice :

Izjavu dao-la:

L.K. broj _____ PU Vogošća

U Vogošći, _____ godine