

**UP**

Ime (ime jednog roditelja) i prezime: \_\_\_\_\_  
Naziv pravnog subjekta: \_\_\_\_\_  
Adresa stanovanja / sjedišta: \_\_\_\_\_  
Broj telefona, FAX-a, mobilnog telefona, e-mail adresa: \_\_\_\_\_  
Adresa za dostavu pošte: \_\_\_\_\_

Općina Novi Grad Sarajevo  
**Služba za boračka pitanja, rad, socijalna pitanja i zdravstvo**  
**Odsjek za boračka pitanja**

Predmet: **Zahtjev za priznavanje prava na zdravstvenu zaštitu RVI i MVI**

Obraćam Vam se sa zahtjevom za priznavanje prava na zdravstvenu zaštitu kao prizatom

1. Ratnom vojnom invalidu
2. Mirnodopskom vojnom invalidu  
(zaokružiti)

**Napomena za taksu:** Shodno odredbi člana 8. Zakona o administrativnim taksama ("Službene novine Kantona" broj 30/01- prečišćen tekst, 22/02, 10/05 i 26/08) podnosilac zahtjeva je oslobođen plaćanja administrativne takse.

Uz zahtjev prilažem:

1. Uvjerenje Federalnog zavoda za penzijsko i invalidsko osiguranje da nije korisnik penzije
2. Uvjerenje Federalnog zavoda za penzijsko i invalidsko osiguranje da nije aktivni osiguranik
3. Uvjerenje Porezne uprave da nije poreski obveznik.
4. Uvjerenje od Službe za zapošljavanje Kantona Sarajevo – biroa
5. Izvod iz matične knjige rođenih za djecu
6. Potvrda o redovnom školovanju djece starije od 15 godina
7. Izvod iz matične knjige vjenčanih
8. Dokaz da bračni drug nije zdravstveno osiguran po drugom osnovu
9. Prijava mjesta prebivališta (ne starija od šest mjeseci)
10. Potvrda iz MZ-e o mjestu stanovanja

Dokumentacija se prilaže u originalu ili ovjerenj kopiji, ne starija od 6 mjeseci.

Rok za rješavanje: 60 dana od prijema zahtjeva.

**Shodno članu 5. Zakona o zaštiti ličnih podataka („Službeni glasnik BiH“ broj; 49/06, 76/11 i 89/11) kao nosilac gore navedenih i dostavljenih podataka saglasan/saglasna sam da Općinske/Gradske službe i Kantonalno ministarstvo za boračka pitanja vrši obradu istih u svrhu rješavanja po zahtjevu, trajno.**

Podnosilac zahtjeva

U Sarajevu \_\_\_\_\_ 2019.godine

\_\_\_\_\_  
(ime i prezime)