

**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 demobilisanog borca**

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

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

Dokumentacija se prilaže u originalu ili ovjerenoj 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 _____ 2021. godine

(ime i prezime)