

**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 rad, socijalna pitanja i zdravstvo

**Predmet: Zahtjev za priznavanje prava na zdravstvenu zaštitu
za dijete-djecu od rođenja do 18. godina starosti**

Obraćam se zahtjevom za zdravstvenu zaštitu za djecu _____, koja
(navesti imena i prezimena djece)

ne mogu da ostvariti pravo na zdravstvenu zaštitu po drugom osnovu.

Uz zahtjev prilažem:

1. Prijavnica mjesta prebivališta za sve punoljetne članove domaćinstva,
2. Izvod iz matične knjige rođenih i prijavnica mjesta prebivališta za dijete,
3. Uvjerenje Zavoda zdravstvenog osiguranja Kantona Sarajevo da ne ostvaruju pravo na zdravstvenu zaštitu za sve članove domaćinstva,
4. Dokaz o radnoj angažiranosti roditelja ili staratelja,
5. Uvjerenje Uprave prihoda da nije poreski obveznik (za sve punoljetne članove domaćinstva),
6. Uvjerenje mjesne zajednice o broju članova domaćinstva ili kućna lista

Napomena:

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

Napomena za taksu: Na osnovu člana 8. stav 1. tačka 7. Zakona o administrativnim taksama - Prečišćeni tekst ("Službene novine Kantona Sarajevo", broj 30/01-prečišćen tekst, 22/02, 10/05, 26/08 i 23/16) korisnik je oslobođen plaćanja takse.

Rok za rješavanje: 60 dana od prijema zahtjeva.

U skladu sa članom 5. Zakona o zaštiti ličnih podataka (Službeni glasnik BiH broj 49/06, 76/11 i 89/11), kao nosilac gore navedenih i dostavljenih ličnih podataka, saglasan/saglasna sam da nadležna služba vrši obradu istih u postupku rješavanja predmetnog zahtjeva.

Podnosilac zahtjeva

U Sarajevu _____ godine

(ime i prezime)