

**UP**

Ime (ime jednog roditelja) i prezime: \_\_\_\_\_  
JMBG (u svrhu provjere prebivališta): \_\_\_\_\_  
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 lica koja se nalaze u statusu socijalne potrebe**

Obraćam se zahtjevom za priznavanje prava na zdravstvenu zaštitu kao lice/lica koje se nalazi u stanju socijalne potrebe \_\_\_\_\_, jer pravo  
(navesti ime i prezime)  
na zdravstvenu zaštitu ne mogu ostvariti po drugom osnovu.

Uz zahtjev prilažem:

1. Uvjerenje Zavoda zdravstvenog osiguranja Kantona Sarajevo da podnosilac zahtjeva ne ostvaruje pravo na zdravstvenu zaštitu ni po kom drugom osnovu u skladu sa zakonskim propisima,
2. Uvjerenje Zemljišno knjižnog ureda i Knjige položenih Ugovora da podnosilac zahtjeva i svi punoljetni članovi zajedničkog domaćinstva nisu vlasnici stana i nekretnina,
3. Uvjerenje Uprave prihoda da nije poreski obveznik (za sve punoljetne članove domaćinstva),
4. Ovjerenjena kućna lista o broju članova domaćinstva

Napomena:

- Dokumentacija se prilaže u originalu ili ovjerenoj 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 9. i 10. Zakona o zaštiti ličnih podataka (Službeni glasnik BiH broj 12/25), 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)