

**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 lica starija od 65 godina

Obraćam se zahtjevom za priznavanje prava na zdravstvenu zaštitu za lica starija od 65 godina:

1. lično
2. supruzi / supругu

(zaokružiti)

Uz zahtjev prilažem:

1. Uvjerenje Zavoda zdravstvenog osiguranja Kantona Sarajevo da ne ostvaruje pravo na zdravstvenu zaštitu za sebe i članove domaćinstva
2. Dokaz o radnoj angažiranosti za sebe i članove domaćinstva (radni odnos, penzija, BIRO, redovan učenik i student)
3. Uvjerenje Službe socijalne zaštite o primanjima po Zakonu o socijalnoj zaštiti za sve članove domaćinstva
4. Uvjerenje Uprave prihoda da nije poreski obveznik (za sve punoljetne članove domaćinstva)
5. Prijavnice mjesta prebivališta (ne starije od šest mjeseci)
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 9. stav 1. tačka 6. 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)