

**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 po osnovu statusa civilne žrtve rata / člana porodice civilne žrtve rata

Obraćam se zahtjevom za priznavanje prava na zdravstvenu zaštitu po osnovu:

1. STATUSA CIVILNE ŽRTVE RATA
2. ČLANA PORODICE CIVILNE ŽRTVE RATA

(Zaokružiti)

ostvarenog rješenjem broj: _____ / _____ od _____ godine.

Uz zahtjev prilažem:

1. Uvjerenje Zavoda zdravstvenog osiguranja Kantona Sarajevo da ne ostvaruje pravo na zdravstvenu zaštitu
2. Dokaz o radnom statusu (PIO, BIRO, uvjerenje o školovanju)
3. Dokaz o radnoj angažiranosti za sve punoljetne članove domaćinstva (uvjerenje sa BIRO-a, iz PIO, o redovnom školovanju i dr.)
4. Potvrdu Uprave prihoda da nije poreski obveznik (za sve punoljetne članove domaćinstva)
5. Prijava mjesta boravka

Napomena:

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

Napomena za taksu: Na osnovu člana 9. 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)