

**UP**

Ime (ime jednog roditelja) i prezime: _____
JMB (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 boračka pitanja

Predmet: **Zahtjev za priznavanje prava na zdravstvenu zaštitu članu porodice poginulog borca**

Obraćam se sa zahtjevom za priznavanje prava na zdravstvenu zaštitu kao članu porodice palog borca-branitelja

Napomena za taksu: Shodno odredbi člana 9. tačka 1. Odluke o administrativnim taksama Općine Novi Grad Sarajevo, („Službene novine Kantona Sarajevo“, broj 2/26) taksa se ne naplaćuje.

Uz zahtjev prilažem:

1. Uvjerenje Federalnog zavoda za penzijsko i invalidsko osiguranje da nije korisnik penzije
2. Uvjerenje Federalnog zavoda za penzijsko i invalidsko osiguranje da nije aktivni osiguranik
3. Uvjerenje Porezne uprave da nije poreski obveznik.
4. Uvjerenje od Službe za zapošljavanje Kantona Sarajevo – biroa
6. Izvod iz matične knjige rođenih za djecu (pribavlja se u skladu sa članom 158. stav 4. ZUP-a)
7. Potvrda o redovnom školovanju djece starije od 15 godina
8. Dokaz da bračni drug nije zdravstveno osiguran po drugom osnovu
9. Potvrda iz MZ-e o mjestu stanovanja
10. Rješenje o priznatom statusu prava na porodičnu invalidninu (pribavlja se u skladu sa članom 158. stav 4. ZUP-a)
11. Ostala dokumentacija po potrebi

Dokumentacija se prilaže u originalu ili ovjerenoj kopiji, ne starija od 6 mjeseci.

Rok za rješavanje: 60 dana od prijema zahtjeva.

Shodno članu 9. i 10 Zakona o zaštiti ličnih podataka („Službeni glasnik BiH“ broj; 12/25) kao nosilac gore navedenih i dostavljenih podataka saglasan/saglasna sam da nadležna služba vrši obradu istih u postupku rješavanja predmetnog zahtjeva.

Podnosilac zahtjeva

U Sarajevu _____ 20__ godine

(ime i prezime)