

**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 po osnovu priznatog prava na dodatak za djecu za dijete-djecu do 15. godina starosti

Obraćam se zahtjevom za priznavanje prava na zdravstvenu zaštitu zadjeću

_____,
koja su ostvarila pravo na dječiji dodatak rješenjem broj: _____/_____ od _____ godine.

Uz zahtjev prilažem:

1. Uvjerenje Zavoda zdravstvenog osiguranja Kantona Sarajevo da ne ostvaruje pravo na zdravstvenu zaštitu za sve članove domaćinstva
2. Dokaz o radnoj angažiranosti roditelja ili staratelja
3. Uvjerenje Uprave prihoda da nije poreski obveznik (za sve punoljetne članove domaćinstva)
4. Izvod iz matične knjige rođenih za dijete (pribavlja se u skladu sa članom 158. stav 4. ZUP-a)
5. Ovjerena kućna lista o broju članova domaćinstva

Napomena:

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

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.
--

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)