

**UP**

Ime (ime jednog roditelja) i prezime: _____
JMBG (u svrhu provjere prebivališta): _____
Adresa stanovanja: _____
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. Ovjerenjena kućna lista sa brojem 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)