

**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 statusa raseljenog lica - prognanika**

Obraćam se zahtjevom za priznavanje prava na zdravstvenu zaštitu po osnovu statusa raseljenog lica - prognanika:

1. lično (podnosiocu zahtjeva)
2. supruga / suprugu
3. djeca
4. unučad
5. druge članove zajedničkog domaćinstva (otac, majka, svekar, svekrva, sestra, brat, snaha)
(Zaokružiti)

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 punoljetnih članova domaćinstva (PIO, BIRO, uvjerenje o redovnom školovanju
3. Potvrda Uprave prihoda da nije poreski obveznik (za sve punoljetne članove domaćinstva)
4. Izvod iz matične knjige rođenih (za djecu)
5. Ovjerena kućna lista o broju članova porodičnog 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)