

**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 za dijete-djecu
od rođenja do 18. godina starosti**

Obraćam se zahtjevom za zdravstvenu zaštitu za djecu _____, koja
(navesti imena i prezimena djece)

ne mogu da ostvariti pravo na zdravstvenu zaštitu po drugom osnovu.

Uz zahtjev prilažem:

1. Uvjerenje o kretanju za roditelje,
2. Izvod iz matične knjige rođenih (pribavlja se u skladu sa čl. 158. stav 4. ZUP-a),
3. Uvjerenje Zavoda zdravstvenog osiguranja Kantona Sarajevo da ne ostvaruju pravo na zdravstvenu zaštitu za sve članove domaćinstva,
4. Dokaz o radnoj angažiranosti roditelja ili staratelja,
5. Uvjerenje Uprave prihoda da nije poreski obveznik (za sve punoljetne članove domaćinstva),
6. 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)