

OPĆINA NOVO SARAJEVO
Služba za rad, socijalna pitanja,
zdravstvo, izbjeglice i raseljena lica

Podnosilac zahtjeva:

PREZIME (OČEVO IME) IME	
ADRESA STANOVANJA	
JMB	
KONTAKT TELEFON	
KONTAKT E-MAIL	

PREDMET: ZAHTJEV ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE PO OSNOVU PRIZNATOG STATUSA CIVILNE ŽRTVE RATA – ČLANA PORODICE CIVILNE ŽRTVE RATA

Uz zahtjev se prilaže slijedeća dokumentacija:

1. Fotokopiju lične karte i prijavnicu mjesta prebivališta,
2. Kućna lista,
3. Fotokopija rješenja o priznatom statusu civilne žrtve rata – člana porodice civilne žrtve rata,
4. Uvjerenje Službe za oblast boračko-invalidske zaštite da li ste njihov korisnik po bilo kom osnovu,
5. Potvrdu JU „Kantonalni centar za socijalni rad“ (Azize Šaćirbegović br.96), da li ste njihov korisnik po bilo kom osnovu,
6. Potvrdu Zavoda zdravstvenog osiguranja Kantona Sarajevo (Zmaja od Bosne bb) a li se nalazite na evidenciji osiguranih lica,
7. Potvrda iz PIO da li primite penziju i da se ne nalazite na evidenciji aktivnih osiguranika,
8. Potvrda o prijavi na evidenciji Biro-a za zapošljavanje
9. Poresko uvjerenje,
10. Nepopunjenu zdravstvenu knjižicu,
11. Rodni list.

NAPOMENA:
DOKUMENTACIJA NE SMIJE BITI STARIJA OD 6 MJESECI
KOPIJE DOKUMENATA MORAJU BITI OVJERENE

PODNOŠILAC ZAHTJEVA

Sarajevo, _____ godine.

 L.K. _____ P.U. _____