

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

*Podnosilac zahtjeva:*

<b>PREZIME (OČEVO IME) IME</b>	
<b>ADRESA STANOVANJA</b>	
<b>JMB</b>	
<b>KONTAKT TELEFON</b>	
<b>KONTAKT E-MAIL</b>	

**PREDMET: ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU ZA LICA KOJA SE NALAZE U STANJU SOCIJALNE POTREBE**

**Uz zahtjev se prilaže slijedeća dokumentacija:**

1. Ovjereni fotokopija CIPS-ove lične karte i prijavnicu mjesta prebivališta, ne starija od šest mjeseci,
2. Potvrda mjesne zajednice,
3. Ovjereni kućna lista,
4. Uvjerenje Službe za oblast boračko-invalidske zaštite da li ste njihov korisnik po bilo kom osnovu,
5. Potvrdu Zavoda zdravstvenog osiguranja Kantona Sarajevo (Zmaja od Bosne bb) da li se nalazite na evidenciji osiguranih lica,
6. Uvjerenje iz PiO da li ste ostvarili pravo na penziju i uvjerenje iz PiO o evidenciji aktivnih osiguranika
7. Uvjerenje Uprave prihoda da li ste evidentirani kao poreski obveznik (Envera Šehovića br. 2)
8. Uvjerenje Biro-a za zapošljavanje
9. Uvjerenje nadležnog organa da li je podnijet zahtjev za legalizaciju
10. Uvjerenje općinskog organa o posjedovanju/neposjedovanju nekretnina (Katastar)
11. Uvjerenje od Zemljišno knjižnog ureda i Knjige položenih ugovora da niste vlasnik stana ili nekretnina
12. Nepopunjenu zdravstvenu knjižicu,
13. Izvod iz matične knjige vjenčanih

**NAPOMENA:**

**DOKUMENTACIJA NE SMIJE BITI STARIJA OD 6 MJESECI**  
**KOPIJE DOKUMENATA MORAJU BITI OVJERENE.**

**PODNOŠILAC ZAHTJEVA**

Sarajevo, \_\_\_\_\_ godine.

\_\_\_\_\_  
 L.K. \_\_\_\_\_ P.U. \_\_\_\_\_