

---

**/prezime i ime/**

---

**/adresa/**

---

**/broj telefona/**

**OPĆINA NOVO SARAJEVO  
SLUŽBA ZA OBLAST BORAČKO - INVALIDSKE ZAŠTITE**

**PREDMET: Zahtjev za priznavanje prava na zdravstvenu zaštitu**

Kako mi je priznat status \_\_\_\_\_, to podnosim zahtjev da mi se prizna pravo na zdravstvenu zaštitu, te da se isto pravo prizna i članovima uže porodice.

Uz zahtjev prilažem slijedeću dokumentaciju:

1. Rješenje nadležne Službe o priznavanju statusa \_\_\_\_\_
2. Uvjerenje nadležnog organa o pripadnosti u Armiji BiH
3. Uvjerenje Društvenog fonda PIO BiH da ne ostvarujem pravo na zdravstvenu zaštitu /da nisam aktivni osiguranik
4. Uvjerenje Uprave prihoda da nisam poreski obveznik
5. Izvod iz matične knjige vjenčanih i rođenih za djecu
6. Potvrde o redovnom školovanju za djecu stariju od 15.godina
7. Prijava prebivališta i kopija lične karte
8. Nepopunjena zdravstvena legitimacija i obrazac prijave zdravstvenog osiguranja
9. Potvrda sa biroa za zapošljavanje da ne ostvarujem pravo na zdravstvenu zaštitu / da nisam prijavljen na biro.

Pod tačkama 3, 4, 7 i 9 dostaviti uvjerenja i za suprugu.

Sarajevo; \_\_\_\_\_

**PODNOŠILAC ZAHTJEVA**

\_\_\_\_\_