

**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>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. Kopija CIPS-ove lične karte i prijavnica mjesta prebivališta, ne starija od šest mjeseci- na uvid,
2. Potvrda mjesne zajednice ili ovjerena kućna lista,
3. Uvjerenje Službe za oblast boračko-invalidske zaštite da podnosilac zahtjeva nije njihov korisnik po bilo kom osnovu,
4. Potvrda Zavoda zdravstvenog osiguranja Kantona Sarajevo (Zmaja od Bosne bb) da se podnosilac zahtjeva ne nalazi na evidenciji osiguranih lica,
5. Uvjerenje iz PIO da li je podnosilac zahtjeva ostvario pravo na penziju i uvjerenje iz PIO o evidenciji aktivnih osiguranika,
6. Uvjerenje Uprave prihoda da li je podnosilac zahtjeva evidentiran kao poreski obveznik (Envera Šehovića broj 2),
7. Uvjerenje Biro-a za zapošljavanje,
8. Nepopunjena zdravstvena knjižica,
9. Izvod iz matične knjige vjenčanih,
10. Potpisana izjava – saglasnost za obradu podataka.

**NAPOMENA:**

**-DOKUMENTACIJA NE SMIJE BITI STARIJA OD 6 MJESECI**

**-KOPIJE DOKUMENATA MORAJU BITI OVJERENE.**

**PODNOŠILAC ZAHTJEVA**

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

\_\_\_\_\_

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