

**OPĆINA NOVO SARAJEVO**  
**Služba za 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 OSTVARIVANJE PRAVA NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU  
POVRATNIKA IZ KANTONA SARAJEVO NA PODRUČJE ENTITETA  
REPUBLIKA SRPSKA**

**Uz zahtjev se prilaže slijedeća dokumentacija:**

1. Kopija lične karte i CIPS-ova prijava o mjestu prebivališta (izdata u Općini povratka), ne starija od 6 mjeseci- na uvid,
2. Potvrda Fonda zdravstvenog osiguranja Republike Srpske da nema svojstvo osiguranika u Republici Srpskoj,
3. Kopija rješenja o priznatom statusu raseljenog lica sa priznatim pravom na zdravstveno osiguranje (Rješenje Službe za rad, socijalna pitanja, zdravstvo, izbjeglice i raseljena lica Općine u kojoj je povratnik imao posljednje boravište),
4. Potpisana izjava – saglsnost 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. \_\_\_\_\_

Početak primjene: 11.07.2019. godine