



\_\_\_\_\_  
Prezime (ime jednog roditelja) ime

Mob : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Adresa podnosioca

e-mail \_\_\_\_\_

## OPĆINA STARI GRAD SARAJEVO

Služba za boračko-invalidsku zaštitu i socijalna pitanja

### **PREDMET: ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA ZDRAVSTVENU ZASTITU**

- za lica starija od 65. godina
- za civilne žrtve rata
- za korisnike dječijeg dodatka
- za korisnike od 0-18 godina.

(zaokružite odgovarajući redni broj)

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

PODNOŠILAC ZAHTJEVA

\_\_\_\_\_

### **Potrebna dokumentacija :**

1. Izvod iz matične knjige rođenih
2. Prijava prebivališta CIPS podnosioca zahtjeva
3. Uvjerenje Poreske uprave-Ispostava Stari Grad da se podnosilac zahtjeva ne vodi na evidenciji zdravstveno osiguranih lica
4. Uvjerenje iz PIO / MIO BiH da ne ostvaruje penziju
5. Uvjerenje da nije zdravstveno osiguran preko Biroa za zapošljavanje (osim za lica iz tačke 1.)

**NAPOMENA: Sva dokumentacija treba biti ovjerena i ne starija od 6 mjeseci.**