



Ime (ime jednog roditelja) i prezime: _____
Jedinstveni matični broj (JMB): _____
Naziv pravnog subjekta: _____
Adresa stanovanja / sjedišta: _____
Broj telefona, fax-a i mob.: _____
Adresa za dostavu pošte: _____

OPĆINA HADŽIĆI

- Služba za boračko – invalidsku, socijalnu
i zdravstvenu zaštitu, izbjegla i raseljena lica -

**PREDMET: Zahtjev za priznavanje prava na zdravstvenu zaštitu po osnovu
priznatog prava na dodatak na djecu do 15 godina starosti.-**

Kao korisnik prava na dodatak na djecu, podnosim zahtjev za priznavanje prava na zdravstveno osiguranje za dijete - djecu:

1. _____ rođ. _____ god.
2. _____ rođ. _____ god.
3. _____ rođ. _____ god.
4. _____ rođ. _____ god.

Uz zahtjev prilažem slijedeću dokumentaciju:

1. Ovjerenjena fotokopija lične karte i prijava mjesta prebivališta-boravišta,
2. Prijava mjesta prebivališta-boravišta za djete,
3. Ovjerenjena fotokopija rješenja o priznatom pravu na dječiji dodatak,
4. Kućna lista,
5. Izvod iz matične knjige rođenih za djecu do 15 godina starosti,
6. Uvjerenjenje Porezne ispostave Hadžići da ne ostvaruje pravo na zdravstvenu zaštitu za sve punoljetne članove domaćinstva,
7. Uvjerenjenje Porezne ispostave Hadžići da nije poreski obveznik za sve punoljetne članove domaćinstva,
8. Uvjerenjenje Federalnog Zavoda za zapošljavanje – Sarajevo, Biro Hadžići (naznačiti na uvjerenjenju da li imaju ili nemaju pravo na zdravstvenu zaštitu preko Biroa),
9. Uvjerenjenje o kretanju za podnosioca zahtjeva,
10. Nepopunjene zdravstvene knjižice za djecu.

Potpisom na obrascu dajem izričitu saglasnost Općini Hadžići za obradu ličnih podataka datih u navedenom zahtjevu.

Hadžićima, _____ 20__ . godine

Podnosilac zahtjeva:
