



Ime (ime jednog roditelja) i prezime: _____
Naziv pravnog subjekta: _____
Matični / identifikacioni broj: _____
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 lica starijih preko 65 godina.-

Podnosim zahtjev za priznavanje prava na zdravstveno osiguranje, budući da po drugom osnovu ne mogu to pravo osigurati :

1. lično
 2. supruzi/suprugu
- (Zaokružiti broj ispred ponuđene opcije)

Uz zahtjev prilažem:

1. Ovjerena kopija lične karte i prijava mjesta prebivališta (ne starija od 6 mjeseci),
2. Kućna lista,
3. Izvod iz matične knjige rođenih,
4. Uvjerenje o kretanju,
5. Uvjerenje Porezne ispostave Hadžići da nije poreski obveznik (za sve punoljetne članove),
6. Uvjerenje Porezne ispostave Hadžići da ne ostvaruje zdravstveno osiguranje za sve punoljetne članove domaćinstva,
7. Uvjerenje Federalnog zavoda za penzijsko i invalidsko osiguranje da nije korisnik penzije za sve punoljetne članove domaćinstva,
8. Uvjerenje iz Službe socijalne zaštite o primanjima po osnovu Zakona o socijalnoj zaštiti za sve članove domaćinstva,
9. Uvjerenje iz katastra o posjedovanju nekretnina,
10. Ovjerena izjava da imenovani nije korisnik penzije iz inostranstva,
11. Nepopunjena zdravstvena knjižica

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

U Hadžićima, _____ 20____. godine

Podnosilac zahtjeva: