



\_\_\_\_\_  
(Prezime , ime oca i ime )

\_\_\_\_\_  
(Adresa podnosioca )

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

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

**OPĆINA STARI GRAD SARAJEVO**  
**Služba za boračko-invalidsku i socijalnu zaštitu**

**PREDMET: ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU**

- 1. za lica starija od 65. godina**
- 2. za civilne žrtve rata**
- 3. za korisnike dječijeg dodatka**
- 4. za korisnike od 0-18 godina.**

(zaokružite odgovarajući redni broj)

Zahtjev primio/la:

\_\_\_\_\_

Podnosilac zahtjeva:

\_\_\_\_\_

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

**PODNOŠILAC ZAHTJEVA**

\_\_\_\_\_

**Potrebna dokumentacija :**

1. Izvod iz matične knjige rođenih
2. Prijava prebivališta CIPS podnosioca zahtjeva i lična karta na uvid voditelju postupka
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

**NAPOMENA: Sve fotokopije ovjeriti**

**Dokumenti koji se dostavljaju ne smiju biti stariji od 6 mjeseci**