



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 U STANJU SOCIJALNE POTREBE**

Sarajevo, _____ godine.

PODNOŠILAC ZAHTJEVA

Potrebna dokumentacija :

1. Prijavnica prebivališta-boravišta CIPS podnosioca zahtjeva
2. Uvjerenje Poreske uprave-Ispostava Stari Grad da se podnosilac zahtjeva ne vodi na evidenciji zdravstveno osiguranih lica
3. Ovjerenja izjava da nije ostvario pravo na inostranu penziju (ovjeriti u šalter sali Općine Stari Grad Sarajevo)
4. Uvjerenje iz PIO / MIO FBiH da ne ostvaruje penziju
5. Uvjerenje da nije zdravstveno osiguran preko Biro-a za zapošljavanje, sa naznakom iz kojih razloga ne ostvaruje pravo na zdravstveno osiguranje putem Biro-a
6. Uvjerenje JU"Kantonalni centar za socijalni rad Općine Stari Grad Sarajevo da se radi o licu/licima u statusu socijalne potrebe (socijalna anamneza).

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