

Ime		Otisak prijemnog pečata
Prezime		
Ime oca		
JMB		
Prebivalište/Adresa		
Komponenta ARBiH / HVO		
Kontakt telefon/mobitel		

**HERCEGOVAČKO-NERETVANSKI KANTON
MINISTARSTVO ZA PITANJA BRANITELJA/BORACA MOSTAR**

**ZAHTJEV
za priznavanje prava na zdravstveno osiguranje**

Molim nadležno Ministarstvo da mi u svojstvu:

- | | |
|--|--|
| a) dobrovoljca i člana njegove porodice; | e) ratnog vojnog invalida i člana njegove porodice; |
| b) organizatora otpora i člana njegove porodice; | f) dobitnika ratnih priznanja i odlikovanja i član njegove porodice; |
| c) veterana i člana njegove porodice; | g) člana porodice šehida/poginulih, umrlih i nestalih branioca. |
| d) sudionika rata-demobilisanog branioca i člana njegove porodice; | |

(Zaokružiti odgovarajući status branioca ili člana njegove porodice)

odobri pravo na zdravstveno osiguranje.

Podaci o članovima porodice korisnika prava za koje se traži zdravstveno osiguranje:

Ime, ime oca, prezime	JMB	Srodstvo

Uz zahtjev prilažem sljedeću dokumentaciju:

- Uvjerenje/Obavještenje o prebivalištu za podnosioca zahtjeva i punoljetne članove njegove porodice, ukoliko se zahtjev odnosi na člana porodice;
- Uvjerenje o pripadnosti određenoj kategoriji boračke populacije za podnosioca zahtjeva, izdano od strane općinske/gradske službe za boračko-invalidsku zaštitu, odnosno od organa nadležnog za vojne evidencije;
- Izvod iz matične knjige vjenčanih ukoliko se traži zdravstveno osiguranje za bračnog druga;
- Izvod iz matične knjige rođenih za djecu, ukoliko se traži zdravstveno osiguranje za djecu;
- Uvjerenje nadležne Porezne uprave da podnosilac zahtjeva, odnosno punoljetni članovi njegove porodice, ukoliko se zahtjev odnosi na člana porodice, nemaju status zdravstveno osigurane osobe;
- Kućnu listu izdanu od strane nadležne službe jedinice lokalne samouprave, ukoliko se zahtjev odnosi na člana porodice;
- Uvjerenje nadležne službe FZ PIO/MIO da podnosilac zahtjeva i član njegove porodice nisu korisnici penzije po propisima penzijsko-invalidskog osiguranja;
- Izjavu (danu pod punom materijalnom i krivičnom odgovornošću) ovjerenu od strane nadležne službe jedinice lokalne samouprave da podnosilac zahtjeva i član njegove porodice nisu korisnici inostranog zdravstvenog osiguranja- za podnosioca zahtjeva koji su korisnici inostrane penzije;
- Uvjerenje da podnosilac zahtjeva ne ostvaruje pravo na zdravstveno osiguranje kod Službe za zapošljavanje;
- Uvjerenje o redovnom školovanju za djecu, ukoliko se zahtjev odnosi na djecu;
- Zdravstvena iskaznica za podnosioca zahtjeva i za članove njegove porodice, ukoliko se zahtjev odnosi na člana porodice.

Napomena: Tražena dokumentacija ne smije biti starija od 6 mjeseci. Ista se dostavlja u originalu ili ovjerenj kopiji.

Datum: _____ godine

Vlastoručni potpis podnosioca zahtjeva