



Podnosilac zahtjeva

Obrazac: 12-10.14

Služba za boračko-invalidsku  
i socijalnu zaštitu

Prezime i ime, datum rođenja

Odsjek za socijalnu zaštitu

Adresa stanovanja

Prijemni pečat

Kontakt telefon

e-mail

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

(zaokružiti)

- a) DIJETE KORISNIKA DODATKA NA DJECU;
- b) CIVILNE ŽRTVE RATA;
- c) RASELJENE OSOBE;
- d) OSOBE STARIJE OD 65 GODINA;
- e) OSOBE U STANJU SOCIJALNE POTREBE;
- f) DJECU OD ROĐENJA DO POLASKA U ŠKOLU

Ukoliko se zahtjev podnosi za dijete:

Prezime i ime, datum rođenja djeteta

**POTREBNA DOKUMENTACIJA**

Dokumenti	Mjesto izdavanja	Forma	Komentar
1. Ukoliko je rođenje prijavljeno van teritorije FBiH dostaviti rodni list za djecu - [za a) i f)]	matični ured nadležne općine	Original ili ovjerena kopija	

**TAKSE I NAKNADE**

Naziv takse / naknade	Iznos	Broj računa	Poziv na broj / Komentar
-	-	-	-

**DOKUMENTACIJA KOJU ĆE ORGAN PRIBAVLJATI SLUŽBENIM PUTEM**

Uvjerenje o kretanju za podnosioca zahtjeva, uvjerenja Porezne uprave FBiH, socioanamnestički podaci Službe socijalne zaštite općine Centar, uvjerenje Zavoda zdravstvenog osiguranja Kantona Sarajevo, uvjerenje Zavoda za penzijsko-invalidsko osiguranje, uvjerenja Službe za zapošljavanje - Centar.

Rok za rješavanje urednog predmeta (sa potpunom dokumentacijom): **30 dana**

Komunikacija sa strankom će se obavljati putem elektronske pošte. Stranka je upoznata da će email adresa ubuduće biti korištena za detaljnije informacije iz Općine Centar Sarajevo.

Saglasan: DA/NE

Obrazac čitko popuniti !

Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ .

(Potpis podnosioca zahtjeva)