
(ime, ime oca, i prezime)

(adresa)

SLUŽBA ZA BORAČKO-INVALIDSKU
I SOCIJALNU ZAŠTITU, OPĆU
UPRAVU I DRUŠTVENE
DJELATNOSTI

**ZAHTJEV ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA
ZDRAVSTVENU ZAŠTITU**

Obraćam se naslovu sa zahtjevom za ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu.

Naime, ja _____, rođen sam _____
_____, tj, star sam _____ godina i nisam osiguran-a, ni po
kom osnovu.

Ukupni mjesečni prihodi ostvareni za mjesec _____ iznose _____ KM,
odnosno nisu veći od prosječne plaće na teritoriji F BiH, ostvarene u prethodnoj godini.

PRILOZI:

1. Kopija LK ili rodnog lista,
2. dokazi da imenovani nije osiguran po drugom osnovu,
3. dokaz da se ne vodim u evidenciji poreskih obveznika ni po kom osnovu,
4. dokaz da nisam-nismo korisnik prava po Zakonu o penzijsko-invalidskom osiguranju,
5. dokaz da se ne vodim na evidenciji Zajednice za zapošljavanje, Biro Maglaj i da nisam korisnik prava na zdravstvenu zaštitu.

NAPOMENA: korisnici prava dužni su u roku od 15 dana od dana nastale promjene, prijaviti ovom organu svaku promjenu od uticaja na gubitak prava ili smanjenje obima prava.

Maglaj, 200.....god.

PODNOŠILAC ZAHTJEVA

Broj LK _____