

Презиме (име оца) и име	
Адреса	
Број телефона	
ЈМБ	

ОПШТИНА НОВИ ГРАД
Општинска управа
ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА ОПШТУ УПРАВУ
Одсјек за борачко – инвалидску заштиту

ПРЕДМЕТ: Захтјев за признавање права на здравствену заштиту борцу, кориснику личне инвалиднине или кориснику породичне инвалиднине

Молим признавање права на здравствену заштиту преко Министарства рада и борачко – инвалидске заштите, јер немам други основ за здравствено осигурање.

Имас статус борца _____ категорије, односно корисник сам личне – породичне инвалиднине (*подвући*).

У прилогу достављам:

	Назив документа	Форма документа	Издаје га:
1.	Лична карта подносиоца захтјева и пријавни лист (због адресе) 2х	Копија	CIPS
2.	Рјешење о статусу	Копија	Општина
3.	Увјерење да није корисник права из ПиО	Копија	Општина
4.	Увјерење да не користи право на здрав. осигурање преко Бироа	Копија	Општина
5.	Увјерење да се не бави самост. дјелатношћу	Оригинал	Одјељење за привреду и друштв. дјелатности
6.	Здравствена књижица	Оригинал	

Ако се осигурава и супружник, исту документацију приложити и за њега!

Нови Град, _____

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЈЕВА

НАПОМЕНА: Рок за рјешавање потпуног предмета је 15 дана.