\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                       Ime (očevo ime) prezime

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                   Adresa

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                  Telefon

**CENTAR ZA SOCIJALNI RAD**

**Č I T L U K**

**PREDMET**: Zahtjev za ostvarivanje prava na obvezno zdravstveno osiguranje za osobe starije od 65 godina života

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potrebna je sljedeća dokumentacija (original ili ovjerena kopija):

1.      Zahtjev,

2.      Uvjerenje o državljanstvu,

3.      Uvjerenje o prebivalištu izdano od strane mjerodavne CIPS-ove službe ne starije od tri mjeseca,

4.       Kućna lista (pored podataka o članovima kućanstva obvezno navesti i njihove JMB),

5.      Potvrda  područnog ureda Zavoda zdravstvenog osiguranja HNŽ-e da niko od članova obitelji nije zdravstveno osiguran kao nositelj osiguranja. Članom obitelji smatraju se osobe iz članka 20. Zakona o zdravstvenom osiguranju F BiH,

6.      Potvrda područnog ureda Zavoda zdravstvenog osiguranja HNŽ-e da osoba nije zdravstveno osigurana po drugom temelju,

7.      Izjava da nema drugih primanja po kojima bi moglo ostvariti prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja, ovjerena od mjerodavne službe općine-grada,

8.      Izjava da nije zdravstveno osigurano u drugoj županiji, entitetu i državi, ovjerena od mjerodavne službe općine-grada

U Čitluku, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ godine                                                 Potpis podnositelj zahtjeva:

                                                                                                                 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                                                                        Broj osobne iskaznice:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_