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

Ime (očevo ime) prezime roditelja ili skrbnika djeteta

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

                                   Adresa

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

                                  Telefon

**CENTAR ZA SOCIJALNI RAD**

                                                                                                                      ČITLUK

**PREDMET**: Zahtjev za ostvarivanje prava na zdravstveno osiguranje za djecu od rođenja do    polaska u osnovnu školu

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

Potrebna je sljedeća dokumentacija (original ili ovjerena kopija):

1.      Zahtjev,

2.      Izvadak  iz matične knjige rođenih,

3.      Uvjerenje o državljanstvu,

4.      Uvjerenje o prebivalištu roditelja, staratelja, usvojitelja,

5.      Potvrda područnog ureda Zavoda zdravstvenog osiguranja da roditelj, staratelj, usvojitelj nije zdravstveno osiguran,

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

7.      Izjava roditelja ili usvojitelja, odnosno člana obitelji da nije zdravstveno osiguran i da se ne može zdravstveno osigurati po drugom temelju, ovjerena od mjerodavne službe općine-grada,

8.      Izjava roditelja kojemu je povjereno dijete na odgoj i brigu, odnosno roditelja koji brine o djetetu, da isto ne može zdravstveno osigurati drugi roditelj (navesti razlog),

9.      Uvjerenje područnog ureda Zavoda zdravstvenog osiguranja HNŽ-e da roditelji, usvojitelj ili drugi član obitelji nije zdravstveno osiguran,

U Čitluku, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ godine                                                       Podnositelj zahtjeva

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

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