

Ime		Otisak prijemnog pečata
Prezime		
Ime oca		
JMB		
Prebivalište/Adresa		
Komponenta HVO /ARBiH		
Kontakt telefon/mobitel		

**HERCEGOVAČKO-NERETVANSKA ŽUPANIJA-KANTON
MINISTARSTVO ZA PITANJA BRANITELJA/BORACA MOSTAR**

**ZAHTJEV
za priznavanje prava na zdravstveno osiguranje**

Molim nadležno Ministarstvo da mi u svojstvu:

- | | |
|--|---|
| ☐ a) dragovoljca i člana njegove obitelji; | ☐ e) ratnog vojnog invalida i člana njegove obitelji; |
| ☐ b) organizatora otpora i člana njegove obitelji; | ☐ f) dobitnika ratnih priznanja i odličja i član njegove obitelji; |
| ☐ c) veterana i člana njegove obitelji; | ☐ g) člana obitelji poginulih, umrlih i nestalih branitelja. |
| ☐ d) sudionika rata-razvojačenog branitelja i člana njegove obitelji; | |

(Zaokružiti odgovarajući status branitelja ili člana njegove obitelji)

odobri pravo na zdravstveno osiguranje.

Podaci o članovima obitelji korisnika prava za koje se traži zdravstveno osiguranje:

Ime, ime oca, prezime	JMB	Srodstvo

Uz zahtjev prilažem sljedeću dokumentaciju:

- Uvjerenje/Obavijest o prebivalištu za podnositelja zahtjeva i punoljetne članove njegove obitelji, ukoliko se zahtjev odnosi na člana obitelji;
- Uvjerenje o pripadnosti određenoj kategoriji braniteljske populacije za podnositelja zahtjeva, izdano od strane općinske/gradske službe za braniteljsku skrb, odnosno od organa nadležnog za vojne evidencije;
- Izvadak iz matične knjige vjenčanih ukoliko se traži zdravstveno osiguranje za bračnog druga;
- Izvadak iz matične knjige rođenih za djecu, ukoliko se traži zdravstveno osiguranje za djecu;
- Uvjerenje nadležne Porezne uprave da podnositelj zahtjeva, odnosno punoljetni članovi njegove obitelji, ukoliko se zahtjev odnosi na člana obitelji, nemaju status zdravstveno osigurane osobe;
- Kućnu listu izdana od strane nadležne službe jedinice lokalne samouprave, ukoliko se zahtjev odnosi na člana obitelji;
- Uvjerenje nadležne službe FZ MIO/PIO da podnositelj zahtjeva i član njegove obitelji nisu korisnici mirovine po propisima mirovinsko-invalidskog osiguranja;
- Izjavu (danu pod punom materijalnom i kaznenom odgovornošću) ovjerenu od strane nadležne službe jedinice lokalne samouprave da podnositelj zahtjeva i član njegove obitelji nisu korisnici inozemnog zdravstvenog osiguranja- za podnositelje zahtjeva koji su korisnici inozemne mirovine;
- Uvjerenje da podnositelj zahtjeva ne ostvaruje pravo na zdravstveno osiguranje kod Službe za zapošljavanje;
- Uvjerenje o redovitom školovanju za djecu, ukoliko se zahtjev odnosi na djecu;
- Zdravstvena iskaznica za podnositelja zahtjeva i za članove njegove obitelji, ukoliko se zahtjev odnosi na člana obitelji.

Napomena: Tražena dokumentacija ne smije biti starija od 6 mjeseci. Ista se dostavlja u originalu ili ovjerenoj preslici.

Datum: _____ godine

Vlastoručni potpis podnositelja zahtjeva