



Prezime	
Ime	
Ime roditelja	
JMB	
Adresa stanovanja	
Kontakt telefon	

--

OPĆINA ILIJAŠ
SLUŽBA ZA BORAČKO INVALIDSKU,
SOCIJALNU ZAŠTITU I RASELJENA LICA

PREDMET: ZAHTEJ ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU
ZA LICA PREKO 65 GODINA STAROSTI

Obraćam Vam se zahtjevom da mi izdate rješenje o priznavanju prava na zdravstvenu zaštitu kao licu preko 65 godina života za _____

Uz zahtjev prilažem potrebnu dokumentaciju:

1. Obrazac zdravstvene knjižice
2. Uvjerenje od Porezne uprave da niste porezni obveznik
3. Uvjerenje od Službe za privredu Općine Ilijaš da ne obavljate samostalnu djelatnost
4. Uvjerenje iz Centra za socijalni rad da niste zdravstveno osigurani kao i članivi vašeg domaćinstva
5. Uvjerenje iz Službe za BIZ da nisam zdravstveno osiguran
6. Uvjerenje iz PIO-a da niste uživalac penzije ili da niste u radnom odnosu
7. Kućna lista
8. Kopija CIPS prijave o mjestu boravka

Ilijaš, _____ 2013. godine

PODNOŠILAC ZAHTEVA

 L.K. _____ P.U. _____

Napomena: Sva dokumentacija koja se predaje uz zahtjev mora biti original ili ovjerene fotokopije.
 Navedite kontakt adresu, ukoliko to nije adresa stanovanja _____