|  |  |
| --- | --- |
| Презиме (име оца) и име |  |
| Адреса |  |
| Број телефона |  |
| ЈМБ |  |

**ОПШТИНА НОВИ ГРАД**

**О п ш т и н с к а у п р а в а**

**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:** |
|  |  |  |  |
|  | Лична карта подносиоца захтјева и пријавни лист (због адресе) | Копија | Полицијска станица |
|  | Рјешење о статусу | Копија | Општина |
|  | Увјерење да није корисник  права из ПиО | Копија | Општина |
|  | Увјерење о опорезивим приходима за задњи мјесец | Оригинал | Пореска управа |
|  | Увјерење да се не бави самост. дјелатношћу | Оригинал | Одјељење за привреду и пољопривреду |
|  | Здравствена књижица | Оригинал |  |
| 7. | Увјерење да не обавља пољопривредну дјелатност као носилац комерцијалног/некомерцијалног породичног пољопривредног домаћинства | Оригинал | АПИФ |
| 8. | Изјава о заједничком домаћинству | Оригинал | Општина |
| 9. | Изјава да не остварује право на здравствено осигурање по неком другом основу | Оригинал | Општина |

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

Нови Град, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЈЕВА

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