

ИМЕ (име родитеља) И ПРЕЗИМЕ	
ЈМБ	
АДРЕСА	
ЛИЧНА КАРТА (бр. и мјесто издав.)	
КОНТАКТ ОСОБА	
КОНТАКТ ТЕЛЕФОН	

**ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА ОПШТУ УПРАВУ И
ДРУШТВЕНЕ ДЈЕЛАТНОСТИ**

РУДО

Предмет: Захтјев за признавање права на здравствену заштиту

Имам својство члана породице погинулог борца/ ратног војног инвалида/ демобилисаног борца/ и корисник сам инвалидине по том основу. (подносилац захтјева подвлачењем- означава, којој категорији припада).

Под материјалном и кривичном одговорношћу изјављујем да нисам и не могу да будем здравствено осигуран по другом основу.

Обраћам се захтјевом да ми се призна право на здравствену заштиту у складу са Законом о правима бораца, војних инвалида и породица погинулог борца Одбрамбено отаџбинског рата Републике Српске.

Уз захтјев прилажем:

- Увјерење о статусу,
- Увјерење фонда за запошљавање,
- Потврда Фонда ПИО да подносилац није пензионер,
- Увјерење о необављању самосталне дјелатности,
- Потврда од АПИФ-а,
- Увјерење Фонда здравственог осигурања да се подносилац не налази на евиденцији и
- Лична карта –фотокопија.

У Рудом, _____ године

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЈЕВА
