

Подносилац захтјева:		Шифра 02.13.
Име и презиме		(ОТИСАК ПРИЈЕМНОГ ШТАМБИЉА)
Адреса		
Контакт телефон		

РЕПУБЛИКА СРПСКА
ГРАД ТРЕБИЊЕ
ГРАДОНАЧЕЛНИК
ГРАДСКА УПРАВА
ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА БОРАЧКО-ИНВАЛИДСКУ ЗАШТИТУ
ЗАХТЈЕВ: ПРИЗНАВАЊЕ ПРАВА НА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

Образложење захтјева

ДОКУМЕНТАЦИЈА			
Назив документа	Институција	Форма	Коментар
<input type="checkbox"/> Доказ о пребивалишту	МУП РС	Копија	-
<input type="checkbox"/> Кућна листа	Одјељење за општу управу	Оригинал	-
<input type="checkbox"/> Рјешење о признатом статусу	Одјељење за борачко-инвалидску заштиту	Копија	Прибављање по службеној дужности (подносилац захтјева не плаћа таксу/накнаду)
<input type="checkbox"/> Увјерење Завода за запошљавање да корисник није здравствено осигуран по основу незапосленог лица	Завод за запошљавање	Оригинал	-
<input type="checkbox"/> Увјерење Фонда ПИО да корисник није осигуран по основу оствареног права на пензију	Фонд ПИО	Оригинал	-
<input type="checkbox"/> Увјерење Пореске управе	Пореска управа	Оригинал	-
<input type="checkbox"/> Здравствена књижица	Фонд здравственог осигурања РС	На увид	-

ТАКСЕ И НАКНАДЕ			
Назив таксе/накнаде	Износ таксе/накнаде	Број рачуна	Позив на бр./коментар
-	-	-	-

Рок за рјешавање уредног предмета (са потпуном документацијом): 15 дана (3 дана за преглед потпуности захтјева)

Вријеме важења одлуке по захтјеву (дани): До остваривања права на осигурање под другом основу.

(Датум подношења захтјева)

(Потпис подносиоца захтјева)