



(Ime, ime oca i prezime podnosioca zahtjeva)

za mladb. dijete/djecu)

(Adresa stanovanja i kontakt telefon)

ZAH T J E V

za priznavanje prava na zdravstveno osiguranje za mladb. djecu od rođenja do polaska u osnovnu školu

POTREBNA DOKUMENTACIJA:

1. Fotokopija ličnih karata (za **oba roditelja**);
2. CIPS-ovi listovi (za **oba roditelja**);
3. Izvod iz matične knjige rođenih za dijete (**obavezan matični broj**) i CIPS list za dijete;
4. Kućna lista;
5. Uvjerenje o visini prihoda ili za nezaposlena lica da se vode na evidenciji Biro rada Bihać (**ako nisu prijavljeni obavezno se prijaviti, ili donijeti uvjerenje iz jedinstvenog sistema Porezne uprave**);
6. Uvjerenje Službe za lokalno ekonomski razvoj Grada Bihaća da li imenovani/a ima registrovanu samostalnu djelatnost, odnosno radnju (za **oba roditelja**);
7. Uvjerenje od boračko - invalidske zaštite da se ne vode na evidenciji korisnika lične invalidnine, ortopedskog dodatka, tuđe njege i pomoći (za **oba roditelja**);
8. Zdravstvena knjižica;
9. Potvrda Zavoda zdravstvenog osiguranja da nije na evidenciji osiguranih lica po drugom osnovu (za **oba roditelja**);
10. Otpusno pismo.

Bihać, dana ____ . ____ . ____ . 2020. godina

Podnosilac zahtjeva
