



(Ime, /ime jednog roditelja i/ili staratelja/ke/ i prezime podnosioca zahtjeva

za mlđb. dijete/djecu)

(Adresa stanovanja i kontakt telefon)

## Z A H T J E V

za priznavanje prava na zdravstveno osiguranje za mlđb. 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. Potvrda Zavoda zdravstvenog osiguranja da nije na evidenciji osiguranih lica po drugom osnovu (za oba roditelja);
9. Uplatnica administrativne takse.

Podnosilac zahtjeva

Bihać, dana \_\_. \_\_. \_\_. 2025. godina

Za izradu rješenja uplatiti administrativnu taksu u iznosu od **20,00KM** na depozitni račun Grada Bihaća broj: **3385002200163231** otvoren kod Unicredit bank dd Poslovnica Bihać, korisniku br. **722131**-budžet Grada Bihaća, budžetska organizacija **0000000**, poziv na broj **0000000000**, općina **003**.

*Napomena: Nepotpuna dokumentacija neće se uzeti u razmatranje!*