



(Ime, ime oca i prezime podnosioca zahtjeva)

(Adresa stanovanja i kontakt telefon)

Z A H T J E V

za priznavanje prava na zdravstveno osiguranje kao neratni invalid

POTREBNA DOKUMENTACIJA:

1. Fotokopija rješenja o invalidnosti;
2. Fotokopija lične karte;
3. Rodni list (orginal ili ovjerena kopija);
4. CIPS list (orginal ili ovjerena kopija);
5. Uvjerenje o visini prihoda (uvjerenje iz jedinstvenog sistema Porezne uprave) ili za nezaposlena lica da se vode na evidenciji Biro rada Bihać;
6. Uvjerenje Službe za lokalno ekonomski razvoj Grada Bihaća da li imenovani/a ima registrovanu samostalnu djelatnost, odnosno radnju;
7. Kućna lista;
8. Uvjerenje od boračko - invalidske zaštite da se ne vode na evidenciji korisnika lične invalidnine, ortopedskog dodatka, tuđe njege i pomoći;
9. Uplatnica administrativne takse;
10. Potvrda Zavoda zdravstvenog osiguranja, da se imenovani/a, kao i član porodičnog domaćinstva (bračni partner), ne vode na evidenciji zdravstvenog osiguranja po drugom osnovu.

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!