# ZAHTJEV ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Molim da mi se, u skladu sa člankom 14. Zakona o dopunskim pravima branitelja i članova njihovih obitelji (“Narodne novine Županije Zapadnohercegovačke” broj : 03/20 i 17/20, 9/22 i 22/22) odobri pravo na zdravstveno osiguranje.

O sebi dajem sljedeće podatke:

|  |  |
| --- | --- |
| Ime i prezime   |   |
| Ime jednog roditelja   |   |
| Datum i mjesto rođenja   |   |
| Adresa i broj telefona   |   |

Uz Zahtjev prilažem sljedeću dokumentaciju (zaokružiti priložene dokumente):

a) Dokaz o prebivalištu za podnositelja zahtjeva i punoljetne članove njegove obitelji ukoliko se zahtjev odnosi na članove obitelji;

b)Dokaz o pripadnosti određenoj kategoriji braniteljske populacije;

c)Dokaz o srodstvu , ukoliko se zahtjev odnosi na člana obitelji (Izvadak iz matične knjige rođenih , Izvadak iz matične knjige vjenčanih);

d)Dokaz o zajedničkom kućanstvu ovjeren od strane nadležne Službe jedinice lokalne samouprave, ukoliko se zahtjev odnosi na člana obitelji;

e)Dokaz (Uvjerenje) nadležne porezne uprave iz kojeg je vidljivo da podnositelj zahtjeva odnosno punoljetni član njegove obitelji , ukoliko se zahtjev odnosi na njih, nemaju status zdravstveno osigurane osobe;

f)Dokaz da podnositelj zahtjeva odnosno član njegove obitelji nisu korisnici mirovine po propisima mirovinsko-invalidskog osiguranja;

g)Dokaz da podnositelj zahtjeva odnosno član njegove obitelji ne ostvaruju pravo na zdravstveno osiguranje kod Zavoda za zapošljavanje;

h)Dokaz o školovanju za djecu koja se nalaze na redovnom školovanju;

U Grudama, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dana\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Podnositelj zahtjeva

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_