(prezime ime oca ime) (jedinstveni matični broj)

(adresa)

(broj lične karte)

(telefon)

OPĆINA TRNOVO
Služba za opću upravu, civilnu zaštitu,
boračko-invalidsku, dječiju i socijalnu zaštitu

Predmet: Zahtjev za priznavanje prava na zdravstvenu zaštitu za djecu do 15 godine starosti koja imaju pravo na dječiji dodatak

Kao priznati korisnik prava na dječiji dodatak obraćam vam se zahtjevom za priznavanje prava na zdravstvenu zaštitu za djecu i to:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Podnosilac zahtjeva:

_____

Trnovo, _____ godine

Uz zahtjev prilažem sledeću dokumentaciju:

1. Rješenje nadležnog organa o priznatom pravu na dječiji dodatak;
2. Uvjerenje iz Porezne da nisam poreski obveznik;
3. Uvjerenje iz PIO-MIO da nisam ostvarila pravo na zdravstvenu zaštitu;
4. Uvjerenje od Biroa za zapošljavanje da nisam ostvario pravo na zdravstvenu zaštitu;
5. Uvjerenje BiZ-a da nisam ostario-la na zdravstvenu zaštitu po osnovu boračke zaštite i CŽR;
6. Uvjerenje da nisam ostvario pravo na zdravstvenu zaštitu kao raseljeno lice;
7. Izvod iz matične knjige vjenčanih;
8. Izvod iz matične knjige rođenih za djete – djecu;
9. Fotokopija lične karte i prijave boravka za korisnika prava;
10. Zdravstvena knjižica i prijava na zdravstveno osiguranje.

U skladu sa Zakonom o zaštiti ličnih podataka kao nosilac gore navedenih i dostavljenih ličnih podataka, saglasan/saglasna sam da nadležna služba vrši obradu istih u postupku rješavanja predmetnog zahtjeva.