



Podnosilac zahtjeva:

PREZIME	
IME	
IME RODITELJA	
ADRESA STANOVANJA	
KONTAKT TELEFON	

broj
protokolaSLUŽBA ZA DRUŠTVENE DJELATNOSTI,
BORAČKA PITANJA, RASELJENA LICA, IZBJEGLICE I POVRATNIKE

PREDMET: Zahtjev za ostvarivanje prava na zdravstveno osiguranje nezaposlenih samohranih majki – porodilja za vrijeme trudnoće, porođaja i do starosti djeteta do godinu dana

Obrazloženje:

Uz zahtjev **obavezno** priložiti odgovarajuću dokumentaciju:

- Izvod iz matične knjige rođenih (ne stariji od mjesec dana)
- Liječnički nalaz kao dokaz za postojanje trudnoće (ukoliko se radi o trudnici)
- Uvjerenje da samohrana majka – porodilja nije zdravstveno osigurana (Zavod za zdravstveno osiguranje)
- Potvrda zavoda za zapošljavanje
- Kopija lične karte
- CIPS-prijava prebivališta
- Po potrebi i drugi dokazi

NAPOMENA: Korisnici prava dužni su u roku od 15 dana od dana nastale promjene, prijaviti ovom organu sve činjenice i promjene bitne za reguliranje prava na zdravstveno osiguranje.

Svojim potpisom dajem saglasnost za prosljeđivanje ličnih i ostalih podataka iz ove prijave u cilju provjere njihove tačnosti i vjerodostojnosti.

Kakanj, _____ . godine

PODNOŠILAC ZAHTJEVA

L.K. _____ PU _____