OBRAZAC 5C

_____
Ime (ime jednog roditelja) i prezime

_____
Adresa stanovanja

_____
Datum, godina i mjesto rođenja

_____
JMB

JAVNA USTANOVA
CENTAR ZA SOCIJALNI RAD
GORNJI VAKUF - USKOPLJE

PREDMET: **Zahtjev za ostvarivanje prava na obvezno zdravstveno osiguranje za osobe s invaliditetom**

Obraćam se sa zahtjevom za uvođenje u sustav zdravstvenog osiguranja temeljem Zakon o Izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju SBK/KSB broj 14/09 i Instrukcija Kantonalnog Ministarstva zdravstva i socijalne politike broj:01-37-100/10 od 15.02.2010.godine jer se nalazim u evidenciji osoba s invaliditetom.

Uz zahtjev prilažem slijedeću dokumentaciju:

1. Dokaz da osoba nije osigurana po drugom osnovu (Poslovnica Porezne uprave)
2. Izvod iz matične knjige rođenih (Matični ured)
3. Uvjerenje o državljanstvu (Matični ured)
4. Uvjerenje o prebivalištu (CIPS)
5. Rješenje o invalidnosti 90% ili 100% (CSR G.V.U.).

U Gornjem Vakufu-Uskoplju, _____ godine

Podnositelj/ica zahtjeva

_____

_____
Broj osobne /lične iskaznice