

Подносилац захтјева:

ПРИЕМНИ ШТАМБИЉ

ПРЕЗИМЕ: \_\_\_\_\_  
ИМЕ: \_\_\_\_\_  
ИМЕ ЈЕДНОГ РОДИТЕЉА: \_\_\_\_\_  
ЈМБГ: \_\_\_\_\_  
КОНТАКТ АДРЕСА: \_\_\_\_\_  
КОНТАКТ ТЕЛЕФОН: \_\_\_\_\_

**РЕПУБЛИКА СРПСКА  
ОПШТИНА БРОД  
НАЧЕЛНИК ОПШТИНЕ  
ОПШТИНСКА УПРАВА  
ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА ОПШТУ УПРАВУ**

**ПРЕДМЕТ:** Захтјев за утврђивање права на здравствено осигурање

- Корисник сам породичне инвалиднине (чланови породице погинулих бораца и породице умрлих војних инвалида)
- Корисник сам личне инвалиднине (РВИ и МВИ)
- Корисник сам цивилне инвалиднине (ЦЖР и чланови породице ЦЖР)
- Корисник сам посебног мјесечног примања
- Борац сам \_\_\_\_\_ категорије
- Жртва сам ратне тортуре

Рјешењем надлежног органа број \_\_\_\_\_ од \_\_\_\_\_ године,  
утврђен ми је статус \_\_\_\_\_.

Молим да ми сходно важећим законским прописима утврдите право на здравствено осигурање, јер нисам у могућности да исто остварим по другом основу.

Уз захтјев прилажем:

1. Увјерење Завода за запошљавање РС - Биро Брод
2. Увјерење Фонда ПИО РС-Пословница Брод
3. Увјерење РУГИПП - ПЈ Брод
4. Увјерење Пореске управе РС, ПЈ Брод, о мјесечним приходима
5. Увјерење Одјељења за привреду и друштвене дјелатности
6. Изјаву о заједничком домаћинству (кућна листа)
7. Копију личне карте

Подносилац захтјева

У Броду, \_\_\_\_\_ год.

\_\_\_\_\_