
(име и презиме подносиоца захтјева)

(име једног родитеља)
ЈМБ: _____
БРОЈ ЛК и МУП: _____
КОНТАКТ АДРЕСА: _____
КОНТАКТ ТЕЛ: _____

**РЕПУБЛИКА СРПСКА
ОПШТИНА ЛОПАРЕ
НАЧЕЛНИК
ОПШТИНСКА УПРАВА
ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА ОПШТУ УПРАВУ**

ПРЕДМЕТ: Захтјев за остваривање права на здравствену заштиту

Подносим захтјев за остваривање права на здравствену заштиту и осигурање.

Признат ми је статус:

- члан породице погинулог – умрлог борца Војске Републике Српске,
- ратног војног инвалида _____ категорије,
- борца _____ .

НАПОМЕНА:

Уз захтјев прложити:

1. Увјерење од ПИО о статусу (оригинал),
2. Увјерење од Бироа рада о статусу,
3. Увјерење о имовном стању,
4. Кућна листа,
5. Изводи из матичних књига рођених,
6. Копија рјешења о статусу.

Лопаре, _____ године.

Потпис подносиоца

УЗ ЗАХТЈЕВ ЈЕ ПОТРЕБНО ПРИЛОЖИТИ:

1. Увјерење од ПИО о статусу (оригинал),
(издаје Филијала Бијелјина, Пословница Лопаре),
2. Увјерење од Завода за запошљавање о статусу,
(издаје Завод за запошљавање, Филијала Лопаре),
3. Увјерење о имовном стању,
(издаје Републичка управа за геодетске и имовинско-правне послове, Подручна јединица Лопаре),
4. Кућна листа,
(добија се у матичној служби у мјесту становања),
5. Изводи из матичних књига рођених,
(добија се у матичној служби у мјесту уписа) и
6. Копија рјешења о статусу
(овјерава се у шалтер-сали општине).

ЗАХТЈЕВ СЕ ПРЕДАЈЕ У ШАЛТЕР-САЛИ ОПШТИНЕ.

НАПОМЕНА:

Документа не смију бити старија од шест мјесеци, осим извода из матичних књига који су издати у Републици Српској.

Свака фотокопија документа мора бити овјерена код матичара или нотара.

РОК ЗА РЈЕШАВАЊЕ:

30 дана од дана пријема комплетног захтјева са прилозима.