



ОПШТИНА МРКОЊИЋ ГРАД



Подносилац захтјева:

МГ О 04-71

ПРЕЗИМЕ:
ИМЕ:
ИМЕ ЈЕДНОГ РОДИТЕЉА:
КОНТАКТ АДРЕСА:
КОНТАКТ ТЕЛЕФОН:

**ОПШТИНА МРКОЊИЋ ГРАД
ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА ОПШТУ УПРАВУ И
ДРУШТВЕНЕ ДЈЕЛАТНОСТИ**

**ПРЕДМЕТ: *Захтјев за признавање права на здравствену заштиту - борац
ВРС***

Рјешењем Одјељења за општу управу и друштвене дјелатности Општине Мркоњић Град утврђен ми је статус борца _____ категорије. Како немам регулисано право на здравствену заштиту по било ком основу, молим вас да ми као борцу признате то право, док свој статус не ријешим.

- Уз захтјев прилажем:
- копију рјешења о признатом статусу борца,
 - увјерење да се не води у евиденцији осигураних лица (Фонд здравственог осигурања РС, филијала М.Град),
 - увјерење да је незапослено лице (Биро М.Град),
 - увјерење да није остваривао приходе у овој години (Пореска управа) и
 - уверење од АПИФ-а да ли има пољопривредно газдинство
 - увјерење са бироа

У Мркоњић Граду,
дана _____ године

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЈЕВА
