
Prezime, ime oca i ime podnosioca zahtjeva

Adresa stanovanja

Telefonu _____

**JU CENTAR ZA SOCIJALNI RAD
VELIKA KLADUŠA**

PREDMET: Zahtjev za priznavanje prava na zdravstvenu zaštitu;
(IV.II. kategorija-osobe oboljele od cerebralne paralize, leukemije, malignih
oboljenja-tumori, inzulin-ovisnog dijabetesa, TBC i celijakije,)

Molim naslov da mi prizna pravo na zdravstveno osiguranje po osnovu Odluke Vlade
USK-a i Instrukcija za primjenu odluke Vlade USK-a br. 03/017-1804/2005. godine.

Obrazloženje:

Uz zahtjev prilažem:

1. Fotokopiju lične karte ovjerenu od strane ovlašćenog organa;
2. Izvod iz MKR-ih;
3. Medicinska dokumentacija ili drugi dokaz (potvrda) izdatu od strane ovlašćenog
lječnika o postojanju bolesti iz stava 2. točka I. Odluke Vlade USK-a br. 09/1-37-
14586-1/05;

Datum podnošenja zahtjeva:

Podnosioc zahtjeva:
