
IME I PREZIME, IME OCA

ADRESA STANOVANJA

**KARLOVAČKA ŽUPANIJA
UPRAVNI ODJEL ZA HRVATSKE
BRANITELJE I ZDRAVSTVO
KARLOVAC
A. Vraniczanya 2**

**PREDMET: Zahtjev za priznavanje prava
na obvezno zdravstveno osiguranje**

Molim gore navedeni Naslov da mi izda rješenje o priznavanju prava na obvezno zdravstveno osiguranje, kao zdravstveno neosiguranoj osobi, jer

PODNOŠITELJ ZAHTJEVA

POTREBNI PRILOZI UZ ZAHTJEV:

1. Preslika Osobne iskaznice
2. Preslika Rodnog lista
3. Uvjerenje o prebivalištu
4. Potvrda o visini dohotka iz Porezne uprave
5. Uvjerenje sa Zavoda za zapošljavanje
6. Preslika rješenja Centra za socijalnu skrb o korištenju prava iz sustava socijalne skrbi
7. Preslika Nalaza i mišljenje tijela vještačenja
8. Preslika liječničke dokumentacije ili Potvrda liječnika opće prakse
9. Potvrda bolnice - dokaz da se nalazi na liječenju u ustanovi
10. Potvrda od ginekologa - dokaz o trudnoći
11. Uvjerenje iz katastra (za zemljište)
12. Uvjerenje iz Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje o korištenju prava iz mirovinskog i invalidskog osiguranja
13. Izjava o članovima zajedničkog kućanstva (u prilogu)

U Karlovcu, _____