
Ime i prezime korisnika prava na doplatak

JMB

Adresa

*Broj telefona***Zavod za zdravstveno osiguranje****Hercegbosanske županije****Livno****ZAHTEJEV****za nastavak ostvarivanja prava na dječji doplatak**

Ime i prezime djeteta	JMB	Odnos korisnika prava na doplatak prema djetetu*

*odnos korisnika prava na doplatak prema djetetu: 1. roditelj, 2. posvojitelj, 3. skrbnik, 4. očuh, 5. maćeha ili 6. osoba određena od centra za socijalnu skrb ili suda

Dokumentacija koja se prilaže uz zahtjev:

1. Potvrda o redovitom školovanju na području HBŽ - za dijete koje pohađa školu;
2. Potvrda o zdravstvenom osiguranju na području HBŽ - za dijete predškolske dobi;

Napomena:

Korisniku koji ne podnese zahtjev za nastavak ostvarivanja prava na dječji doplatak prestaje pravo na isti.

Mjesto i datum

Podnositelj zahtjeva