

Nezavisni sindikat djelatnika srednjih škola
Hercegbosanske županije

Josip Perković v.r.

Samostalni sindikat osnovnog obrazovanja i
odgoja, Kantonalni odbor Kantona 10

Ante Klišanin v.r.

Predsjednik Vlade Hercegbosanske županije
dr. sc. Ivan Vukadin v.r.

MINISTARSTVO RADA, ZDRAVSTVA, SOCIJALNE SKRBI I PROGNAH

Na temelju članka 19. točka 13a., 13b. i 15., a u svezi s člankom 86. stavak 1. točka 7a. Zakona o zdravstvenom osiguranju Federacije Bosne i Hercegovine ("Službene novine F BiH" broj: 30/97, 7/02, 70/08 i 48/11, 100/14 - odluka US, 36/18 i 61/22), članka 12. Odluke o osnovicama, stopama, načinu obračunavanja plaćanja sredstava za ostvarivanje prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja ("Narodne novine Hercegbosanske županije", broj: 7/10, 2/12 i 5/24), članka 3. Zakona o socijalnoj skrbi Hercegbosanske županije ("Narodne novine HBŽ" broj: 5/98 i 6/23) ministrica rada, zdravstva, socijalne skrbi i prognanih donosi

NAPUTAK

o utvrđivanju prava na obvezno zdravstveno osiguranje osoba koje nisu osigurane po drugoj osnovi u Hercegbosanskoj županiji

I. OPĆE ODREDBE

Članak 1.

(Predmet Naputka)

Ovim Naputkom utvrđuje se način i postupak ostvarivanja prava na obvezno zdravstveno osiguranje osoba koje nisu osigurane po drugoj osnovi u Hercegbosanskoj županiji, i to po kategorijama:

1. I. kategorija - osobe iznad 65 godina starosti,
2. II. kategorija - djeca predškolskog uzrasta do početka redovitog školovanja,
3. III. kategorija - osobe korisnici socijalne, skrbi,
4. IV. kategorija - osobe kojima je priznat status

raseljene osobe,

5. V. kategorija- osobe kojima je priznat status civilne žrtve rata od 60% i više tjelesnog oštećenja i osobe s invaliditetom I i II grupe s 90% i 100% tjelesnog oštećenja,

6. VI. kategorija - djeca koja nisu uključena u sustav redovnog obrazovanja do 18. godine života.

II. UTVRĐIVANJE PRAVA I PRIJAVA NA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Članak 2.

(Pokretanje i vođenje postupka)

(1) Upravni postupak za ostvarenje prava na obvezno zdravstveno osiguranje osoba iz članka 1. ovog Naputka u prvom stupnju provodi centar za socijalnu skrb (u daljem tekstu: centar) ili općinska služba mjerodavna za poslove socijalne skrbi (u daljem tekstu: služba) prema mjestu prebivališta.

(2) U postupku za ostvarivanje prava po ovom nalogu primjenjuju se odredbe Zakona o upravnom postupku Federacije Bosne i Hercegovine, ako ovim nalogom nije drukčije određeno, te drugi relevantni federalni i županijski propisi.

(3) Upravni postupak se provodi na temelju zahtjeva stranke (za djecu predškolske dobi i djecu koja nisu uključena u sustav redovnog obrazovanja do 18. godine života, zahtjev podnosi roditelj ili zakonski skrbnik djeteta) i po službenoj dužnosti, na prijedlog člana obitelji, zdravstvene ustanove, mjesne zajednice ili drugog tijela.

(4) Za točnost podataka navedenih u zahtjevu za ostvarivanje prava na obvezno zdravstveno osiguranje, materijalno i kazneno odgovara podnositelj zahtjeva.

Članak 3.

(I. kategorija - osobe iznad 65 godina starosti)

(1) Zahtjev za osobe iznad 65 godina starosti se podnosi osobno na Obrascu Z1, koji je sastavni dio ovog Naputka).

(2) Uz zahtjev, potrebno je dostaviti sljedeću dokumentaciju:

- Osobna iskaznica (na uvid),
- Izvadak iz matične knjige rođenih,
- Uvjerenje o prebivalištu izdano od mjerodavne CIPS- ove službe ne starije od tri mjeseca,
- Uvjerenje da nema registriran obrt koje izdaje mjerodavna općinska služba ne starije od tri

mjeseca,

- Izjavu da nema drugih primanja po kojima bi mogao ostvariti prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja po toj osnovi, ovjerenu u općini prebivališta,

- Kućna lista,

- Uvjerenje područnog ureda Zavoda za zdravstveno osiguranje nadležnog prema mjestu prebivališta da nitko od članova obitelji (sukladno članku 20. Zakona o zdravstvenom osiguranju F BiH) nije zdravstveno osiguran po drugoj osnovi.

Članak 4.

(II. kategorija - djeca predškolskog uzrasta do početka redovitog školovanja)

(1) Zahtjev za djecu predškolskog uzrasta do početka redovitog školovanja podnosi roditelj ili zakonski skrbnik djeteta na Obrascu Z2, koji je sastavni dio ovog Naputka.

(2) Uz zahtjev, potrebno je dostaviti sljedeću dokumentaciju:

- Osobna iskaznica roditelja ili zakonskog skrbnika (na uvid),

- Izvadak iz matične knjige rođenih djeteta,

- Uvjerenje o prebivalištu izdano od mjero-davne CIPS- ove službe ne starije od tri mjeseca,

- Uvjerenje područnog ureda zavoda za zdravstveno osiguranje izdano prema mjestu prebivališta da roditelj ili zakonski skrbnik djeteta nije zdravstveno osiguran po drugoj osnovi.

Članak 5.

(III. kategorija - osobe korisnici socijalne skrbi)

(1) Zahtjev za korisnike pomoći za uzdržavanje sukladno članku 20. Zakona o socijalnoj skrbi Hercegbosanske županije se podnosi osobno na Obrascu Z3, koji je sastavni dio ovog Naputka. Uz zahtjev, potrebno je dostaviti sljedeću dokumentaciju:

- Rješenje centra/službe o priznavanju prava na pomoć za uzdržavanje,

- Kućna lista,

- Uvjerenje područnog ureda Zavoda za zdravstveno osiguranje nadležnog prema mjestu prebivališta da nitko od članova obitelji (sukladno članku 20. Zakona o zdravstvenom osiguranju F BiH) nije zdravstveno osiguran po drugoj osnovi.

(2) Zahtjev za korisnike prava na osposobljavanje za život i rad se podnosi osobno na Obrascu

Z3, koji je sastavni dio ovog Naputka. Uz zahtjev, potrebno je dostaviti sljedeću dokumentaciju:

- Rješenje centra/službe o odobrenju prava na osposobljavanje za život i rad,

- Kućna lista,

- Uvjerenje područnog ureda Zavoda za zdravstveno osiguranje nadležnog prema mjestu prebivališta da nitko od članova obitelji (sukladno članku 20. Zakona o zdravstvenom osiguranju F BiH) nije zdravstveno osiguran po drugoj osnovi.

(3) Zahtjev za osobe smještene u drugu obitelj/udomiteljstvo podnosi udomitelj na Obrascu Z3, koji je sastavni dio ovog Naputka. Uz zahtjev, potrebno je dostaviti sljedeću dokumentaciju:

- Rješenje centra/službe o smještaju u drugu obitelj/udomiteljstvo,

- Kućna lista obitelji u koju je smješten ako se radi o srodničkoj obitelji ili djetetu bez roditelja,

- Ako se radi o srodničkoj obitelji ili djetetu bez roditelja - uvjerenje područnog ureda Zavoda za zdravstveno osiguranje nadležnog prema mjestu prebivališta da nitko od članova obitelji (sukladno članku 20. Zakona o zdravstvenom osiguranju F BiH) nije zdravstveno osiguran po drugoj osnovi.

(4) Zahtjev za osobe smještene u ustanove socijalne skrbi podnosi član obitelji, ukoliko osoba nema članova obitelji prijedlog može podnijeti zdravstvena ustanova, mjesna zajednica ili drugo zainteresirano tijelo u kojem slučaju centar/služba po službenoj dužnosti provode postupak za ostvarenje prava na obvezno zdravstveno osiguranje ove kategorije osoba na Obrascu Z3, koji je sastavni dio ovog Naputka. Uz zahtjev, potrebno je dostaviti sljedeću dokumentaciju:

- Rješenje o smještaju u ustanovu socijalne skrbi,

- Uvjerenje područnog ureda Zavoda za zdravstveno osiguranje nadležnog prema mjestu prebivališta da osoba nije zdravstveno osigurana po drugoj osnovi.

Članak 6.

(IV. kategorija - osobe kojima je priznat status raseljene osobe)

(1) Zahtjev za osobe kojima je priznat status raseljene osobe se podnosi osobno na Obrascu Z4, koji je sastavni dio ovog Naputka.

(2) Uz zahtjev, potrebno je dostaviti sljedeću dokumentaciju:

- Izvadak iz matične knjige rođenih,

- Uvjerenje o prebivalištu izdano od

mjerodavne CIPS- ove službe ne starije od tri mjeseca,

- Rješenje centra/službe o statusu raseljene osobe,

- Uvjerenje područnog ureda Zavoda za zdravstveno osiguranje nadležnog prema mjestu prebivališta da osoba nije zdravstveno osigurana po drugoj osnovi.

Članak 7.

(V. kategorija - osobe kojima je priznat status civilne žrtve rata od 60% i više tjelesnog oštećenja i osobe s invaliditetom I i II grupe s 90% i 100% tjelesnog oštećenja)

(1) Zahtjev za osobe kojima je priznat status civilne žrtve rata od 60% i više tjelesnog oštećenja i osobe s invaliditetom I i II grupe s 90% i 100% tjelesnog oštećenja se podnosi osobno na Obrascu Z5, koji je sastavni dio ovog Naputka.

(2) Uz zahtjev, potrebno je dostaviti sljedeću dokumentaciju:

- Izvadak iz matične knjige rođenih,
- Uvjerenje o prebivalištu izdano od mjerodavne CIPS- ove službe ne starije od tri mjeseca,
- Rješenje centra/službe o statusu civilne žrtve rata i civilne osobe s invaliditetom,
- Uvjerenje područnog ureda Zavoda za zdravstveno osiguranje nadležnog prema mjestu prebivališta da osoba nije zdravstveno osigurana po drugoj osnovi.

Članak 8.

(VI. kategorija - djeca koja nisu uključena u sustav redovnog obrazovanja do 18. godine života)

(1) Zahtjev za djecu koja nisu uključena u sustav redovnog obrazovanja do 18. godine života podnosi roditelj ili zakonski skrbnik djeteta na Obrascu Z6, koji je sastavni dio ovog Naputka.

(2) Uz zahtjev, potrebno je dostaviti sljedeću dokumentaciju:

- Izvod iz matične knjige rođenih djeteta,
- Ovjerenu presliku osobne iskaznice roditelja ili zakonskog skrbnika,
- Uvjerenje o prebivalištu izdano od mjerodavne CIPS-ove službe ne starije od tri mjeseca,
- Uvjerenje područnog ureda zavoda za zdravstveno osiguranje izdano prema mjestu prebivališta da roditelj ili zakonski skrbnik djeteta nije zdravstveno osiguran po drugoj osnovi.

(3) Korisnici iz članka 3. ovog Naputka obvezni su na kraju kalendarske godine centru/službi dostaviti potvrdu o životu na Obrascu PZ, koji je sastavni dio ovog Naputka.

(4) Potvrda o životu smatrat će se valjanom ukoliko korisnik prava istu ovjeri u općini prebivališta, kod javnog bilježnika ili u ustanovi ako je u istoj smješten.

(5) Ukoliko korisnik prava ne postupi na način iz stavka (3) i (4) ovog članka istomu prestaje pravo na obvezno zdravstveno osiguranje.

(6) Osoba kojoj je uplaćen doprinos prema ovom naputku, a na koje nije imala pravo na temelju netočnih podataka za koje je znala ili morala znati da su netočni ili na neki drugi protupravni način ostvarila pravo ili zato što nije prijavila nastale promjene koje utječu na

prestanak prava, dužna je vratiti novčana sredstva od dana kada su nastupile činjenice koje su utjecale na ostvareno pravo.

(7) Ukoliko osobe iz stavka (2) ovog članka u navedenom roku ne prijave činjenicu smrti, protiv istih će biti pokrenuti postupci povrata neopravdanog isplaćenih sredstava za obvezno zdravstveno osiguranje.

(8) Kod osoba koje ostvaruju prava na socijalnu skrb navedenih u III. i IV. kategoriji o pravu na obvezno zdravstveno osiguranje iz članka 1. ovog Naputka centar/služba dužna je provesti upravni postupak i donijeti rješenje o pravu na obvezno zdravstveno osiguranje iz članka 1. ovog Naputka.

Članak 9.

(Početak i prestanak prava)

(1) Za korisnike prava, koji ispunjavaju uvjete za ostvarivanjem prava iz ovog naputka, pravo se ostvaruje od dana podnošenja zahtjeva, odnosno pokretanja postupka po službenoj dužnosti.

(2) Prava iz članka 1. ovog naputka su osobna i neprenosiva i prestaju smrću korisnika ili prestankom postojanja zakonskih uvjeta za njihovim korištenjem, te se ista ne mogu nasljeđivati.

Članak 10.

(Troškovi postupka)

Troškovi postupka za ostvarivanje prava po ovom naputku padaju na teret tijela koje vodi postupak.

Članak 11.

(Dokumentacija)

(1) Kao dokument kojim se dokazuju činjenice vezane za broj i identitet članova zajedničkog kućanstva, uz kućnu listu prilaže se i obavijest o evidenciji prebivališta - boravišta za svakog pojedinog člana zajedničkog kućanstva koju izdaje nadležno županijsko ministarstvo unutarnjih poslova prema mjestu prebivališta (CIPS).

(2) Sva dokumentacija na temelju koje se dokazuje ispunjavanje uvjeta za obvezno zdravstveno osiguranje mora biti u originalu ili ovjerenoj preslici.

Članak 12.

(Prava i obveze korisnika)

(1) Centar /služba po provedenom upravnom postupku u kojem je utvrđeno pravo na obvezno zdravstveno osiguranje, vrši prijavu osobe iz članka 1. ovog Naputka na obvezno zdravstveno osiguranje.

(2) Osoba iz članka 1. ovog Naputka kojoj je utvrđeno pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ili njezin zakonski skrbnik ili zakonski nasljednici dužni su u roku 15 dana od dana nastale promjene prijaviti centru/službi svaku promjenu koja je od utjecaja na opseg ili mogućnost daljnjeg korištenja priznatog prava.

(3) Osoba kojoj je uplaćen doprinos prema ovom naputku, a na koje nije imala pravo na temelju netočnih podataka za koje je znala ili morala znati da su netočni ili na neki drugi protupravni način ostvarila pravo ili zato što nije prijavila nastale promjene koje utječu na prestanak prava, dužna je vratiti novčana sredstva od dana kada su nastupile činjenice koje su utjecale na ostvareno pravo.

(4) Ukoliko osobe iz stavka (2) ovog članka u navedenom roku ne prijave činjenicu smrti, protiv istih će biti pokrenuti postupci povrata neopravdana isplaćenih sredstava za obvezno zdravstveno osiguranje.

(5) Kod osoba koje ostvaruju prava na socijalnu skrb navedenih u III. i IV. kategoriji o pravu na obvezno zdravstveno osiguranje iz članka 1. ovog Naputka centar/služba dužna je provesti upravni postupak i donijeti rješenje o pravu na obvezno zdravstveno osiguranje iz članka 1. ovog Naputka.

III. OBVEZNIK UPLATE DOPRINOSA

Članak 13.

(Obveznik uplate)

(1) Obveznik uplate doprinosa za osiguranike iz članka 1. ovog Naputka, kojima je priznato pravo, je Ministarstvo rada, zdravstva, socijalne skrbi i prognanih Hercegbosanske županije (u daljem tekstu: Ministarstvo) putem centara/službi.

(2) Ministarstvo doznačuje potrebna novčana sredstva svakog mjeseca centrima /službama prema dostavljenom zahtjevu mjesečnih troškova obveznog zdravstvenog osiguranja osoba iz članka 1. ovog Naputka za prethodni mjesec (Obrazac 1, koji je sastavni dio ovog Naputka) koji nadležni centar/služba dostavlja najdalje do 5. (petog) u tekućem mjesecu.

(3) Novčana sredstva za zdravstveno osiguranje utvrđena ovim naputkom isplaćuju se u mjesečnim iznosima u tekućem mjesecu retroaktivno za prethodni mjesec.

(4) Centar/služba po izvršenoj uplati doznačenih novčanih sredstava za zdravstveno osiguranje osoba iz članka 1. ovog Naputka dužni su Ministarstvu podnijeti mjesečno izvješće o izvršenoj uplati doznačenih sredstava za zdravstveno osiguranje osoba koje nisu osigurane po drugoj osnovi (Obrazac 2, koji je sastavni dio ovog Naputka), broju osiguranika i utrošenim sredstvima u roku 5 (pet) dana od dana primitka sredstava.

IV. PRAĆENJE OSTVARIVANJA PRAVA

Članak 14.

(Nadzor i kontrola)

(1) Ministarstvo prati i vrši nadzor nad radom centara/službi koji se odnosi na ostvarenje prava na obvezno zdravstveno osiguranje osoba iz članka 1. ovog Naputka i po potrebi donosi instrukcije ili obavijesti značajne za praktičnu primjenu ovog Naputka, i vrši nadzor nad zakonitošću akata kojima se rješava o pravu na obvezno zdravstveno osiguranje.

(2) Ministarstvo je mjerodavno za rješavanje u drugom stupnju prava osoba iz članka 1. ovog Naputka.

(3) Nadzor iz stavka (1) ovog članka vrši se uvidom u dokumentaciju kojom raspolaže nadležni centar/služba.

(4) Ministarstvo, između ostalog, može izvršiti i neposredan uvid u spis predmeta i pribavljenu dokumentaciju, kao i provjeriti ispravnost utvrđenih činjenica na temelju kojih je nadležno prvostupanjsko tijelo priznalo i/ili ukinulo pravo

na obvezno zdravstveno osiguranje.

(5) Odabir nadležnih prvostupanjskih tijela, kao i spisa predmeta na kojima će se provesti provjera iz stavka (4) ovog članka vršit će se metodom slučajnog uzorka.

(6) Neposredan uvid iz stavka (4) ovog članka izvršit će se dostavom cjelokupnog spisa predmeta na pisani zahtjev Ministarstva ili dolaskom ovlaštenih predstavnika Ministarstva u prostorije nadležnog prvostupanjskog tijela.

Članak 15.

(Obavješćavanje ministarstva)

(1) Centri/službe dužni su pratiti uvjete za ostvarivanje prava na obvezno zdravstveno osiguranje.

(2) Ukoliko centri/službe utvrde da korisnik ne ispunjava pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ili je na temelju netočnih podataka to pravo koristio ili nije prijavio nastalu promjenu, dužni su donijeti rješenje o prestanku prava u roku od 15 dana od dana saznanja tih činjenica.

(3) U slučaju navedenom u stavku (2) ovog članka centar/služba donijet će rješenje o povratu neosnovano uplaćenih sredstava za obvezno zdravstveno osiguranje u roku od 15 dana nakon pravomoćnosti rješenja o prestanku prava.

(4) Nakon pravomoćnosti rješenja o povratu sredstava centri/službe će o navedenom obavijestiti ministarstvo najkasnije u roku od 3 dana.

(5) Centar/služba dužan je obavijestiti Ministarstvo o novim prijavama i/ili odjavama zdravstvenog osiguranja osoba koje nisu osigurane po drugoj osnovi (Obrazac 3, koji je sastavni dio ovog Naputka) te uz popratni akt i Obrazac 3, dostaviti i pravomoćno rješenje o priznavanju prava, kopiju prijave na obvezno zdravstveno osiguranje, ili pravomoćno rješenje o prestanku prava kao i dokaz na temelju čega je prestalo pravo na zdravstveno osiguranje.

V. DODATNA DOKUMENTACIJA ZA OSTVARIVANJE PRAVA

Članak 16.

(Posebni slučajevi)

(1) Ukoliko zahtjev za ostvarivanje prava na obvezno zdravstveno osiguranje podnosi osoba kojaje postavljena za skrbnika djeteta, tada se kao dokument kojim se dokazuje ta činjenica, uz

propisani zahtjev iz ovog Naputka prilaže rješenje nadležnog prvostupanjskog tijela o stavljanju djeteta pod skrbništvo i imenovanju podnositelja zahtjeva za skrbnika.

(2) U slučajevima u kojima je utvrđeno da brak ne postoji, daje poništen ili razveden, kao i u onima u kojima je utvrđeno majčinstvo ili očinstvo, te u drugim slučajevima odvojenog života roditelja, dokument kojim se dokazuje činjenica s kojim roditeljem živi maloljetno dijete, uz propisani zahtjev iz ovog Naputka prilaže se i sudska odluka kojom je to pitanje uređeno.

(3) Ukoliko se zahtjev za ostvarivanje prava na obvezno zdravstveno osiguranje podnosi za vrijeme trajanja postupka posredovanja ili brakorazvodne parnice, tada se kao dokument kojim se dokazuje činjenica s kojim roditeljem živi maloljetno dijete, do pravomoćnosti odluke o razvodu braka, uz propisani zahtjev iz ovog Naputka, prilaže rješenje nadležnog prvostupanjskog tijela kojim je o tom pitanju odlučeno.

(4) U postupku dokazivanja ispunjenosti uvjeta za ostvarenje prava na zdravstveno osiguranje nadležno prvostupanjsko tijelo može pribavljati i druge dokaze ili provesti dodatne postupke sukladno odredbama propisa o upravnom postupku s ciljem utvrđivanja činjenica relevantnih za ostvarenje ovog prava.

VI. PRIJELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Članak 17.

(Revizija korisnika)

(1) Centri/službe izvršit će reviziju korisnika obveznog zdravstvenog osiguranja iz članka 1. ovog Naputka i po službenoj dužnosti izvršiti dopunu predmeta potrebnim dokumentima u roku 120 dana od dana stupanja na snagu ovog Naputka.

(2) Osobama za koje se utvrdi nepostojanje osnova za stjecanje prava na zdravstveno osiguranje iz članka 1. ovog Naputka, odnosno za koje se utvrdi da pravo na obvezno zdravstveno osiguranje mogu ostvariti po drugoj osnovi, donosi se rješenje o prestanku prava na obvezno zdravstveno osiguranje iz članka 1. ovog Naputka i odjava osiguranja kod nadležnog tijela., i pokrenuti druge postupke sukladno ovom naputku.

Članak 18.

(Stupanje na snagu)

HERCEGBOSANSKE ŽUPANIJE

(1) Ovaj Naputak stupa na snagu narednog dana od dana objave u "Narodnim novinama Hercegbosanske županije".

(2) Stupanjem na snagu ovog Naputka prestaje važiti Naputak o utvrđivanju prava na obvezno zdravstveno osiguranje osoba koje nisu osigurane po drugoj osnovi u Hercegbosanskoj županiji („Narodne novine HBŽ“ broj: 6/18).

Bosna i Hercegovina

Federacija Bosne i Hercegovine

Hercegbosanska županija

**Ministarstvo rada, zdravstva,
socijalne skrbi i prognanih**

Broj: 09-01-02-15/25

Tomislavgrad, 27. listopada 2025. godine

Ministrica

Dijana Novković Pećanac, v.r.

Obrazac PŽ

POTVRDA O ŽIVOTU

korisnika iznad 65 godina života na obvezno zdravstveno osiguranje osoba koje nisu osigurane po drugoj osnovi u Hercegbosanskoj županiji

PODACI O KORISNIKU

Ime i prezime korisnika	
Datum i mjesto rođenja	
Adresa prebivališta	
Korisnik je identificiran temeljem	Osobne iskaznice, putovnice, neki drugi dokument (podvući)
Broj identifikacijskog dokumenta	
Izdan u	
Vrijedi do	

PODACI O SLUŽBENOM TIJELU KOJE JE OVJERILO POTVRDU O ŽIVOTU

Naziv službenog tijela koji je popunio potvrdu	
Mjesto i datum ovjere potvrde	
Pečat i potpis službene osobe	

Obrazac 1

Centar za socijalnu skrb/služba

--

**Ministarstvo rada, zdravstva, socijalne
skrbi i prognanih Hercegbosanske
županije**

Tomislavgrad

Kralja Zvonimira 32

Broj: (prepisati s popratnog akta)

Datum: (prepisati s popratnog akta)

Zahtjev

**Za uplatu novčanih sredstava za zdravstveno osiguranje osoba koje nisu osigurane po drugoj
osnovi u Hercegbosanskoj županiji**

Za mjesec	20 . godine
Osnovica za obračun doprinosa	KM

Kategorija	Broj korisnika	Iznos KM
I. Osobe iznad 65 godina starosti		
II. Djeca predškolskog uzrasta		
III. Osobe korisnici socijalne skrbi		
IV. Osobe kojima je priznat status raseljene osobe		
V. Osobe kojima je priznat status CŽR od 60% i više tjelesnog oštećenja i osobe s invaliditetom I i II grupe s 90% i 100% tjelesnog oštećenja		
VI. Djeca koja nisu uključena u sustav redovnog obrazovanja do 18. godine života		
UKUPNO:		

Tražena sredstva po Zahtjevu potrebno je uplatiti na račun: (centar/služba odgovara za točnost podataka)	Broj računa: Banka:
--	------------------------

Napomena: Prilikom slanja ovog Zahtjeva, potrebno je dostaviti popratni akt i popis korisnika iz elektronske baze podataka.

M.P.

Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

Obrazac 2

Centar za socijalnu skrb/služba

Ministarstvo rada, zdravstva, socijalne skrbi
i prognanih Hercegbosanske županije

Tomislavgrad

Kralja Zvonimira 32

Broj: (prepisati s popratnog akta)

Datum: (prepisati s popratnog akta)

Izvješće

o izvršenoj uplati doznačenih novčanih sredstava za zdravstveno osiguranje osoba koje nisu osigurane po drugoj osnovi u Hercegbosanskoj županiji

Pravdanje isplaćenih sredstava za	mjesec 20 .godine
Datum uplate sredstava prema ZZO	20 . godine
Osnovica za obračun doprinosa	KM
Ukupan iznos prema ZZO HBŽ-a	KM
Ukupan iznos prema ZZOR FBiH	KM

Kategorija	Broj korisnika	Iznos KM
I. Osobe iznad 65 godina starosti		
II. Djeca predškolskog uzrasta		
III. Osobe korisnici socijalne skrbi		
IV. Osobe kojima je priznat status raseljene osobe		
V. Osobe kojima je priznat status CŽR od 60% i više tjelesnog oštećenja i osobe s invaliditetom I i II grupe s 90% i 100% tjelesnog oštećenja		
VI. Djeca koja nisu uključena u sustav redovnog obrazovanja do 18. godine života		
UKUPNO:		

Napomena: Prilikom slanja ovog Izvješća, potrebno je dostaviti popratni akt i primjerak uplatnica.

Obrazac 3

Centar za socijalnu skrb/služba

Ministarstvo rada, zdravstva, socijalne skrbi
i prognanih Hercegbosanske županije

Tomislavgrad

Kralja Zvonimira 32

Broj: (prepisati s popratnog akta)

Datum: (prepisati s popratnog akta)

Obavijest

o novim prijavama/odjavama zdravstvenog osiguranja osoba koje nisu osigurane po drugoj osnovi
u Hercegbosanskoj županiji

Prijave/odjave zdravstvenog osiguranja	Za mjesec/godina	Broj korisnika
Novi korisnici zdravstvenog osiguranja		
Odjavljeni korisnici sa zdravstvenog osiguranja		

Kategorija	Prijava	Odjava
I. Osobe iznad 65 godina starosti		
II. Djeca predškolskog uzrasta		
III. Osobe korisnici socijalne skrbi		
IV. Osobe kojima je priznat status raseljene osobe		
V. Osobe kojima je priznat status CŽR od 60% i više tjelesnog oštećenja i osobe s invaliditetom I i II grupe s 90% i 100% tjelesnog oštećenja		
VI. Djeca koja nisu uključena u sustav redovnog obrazovanja do 18. godine života		
UKUPNO:		

Napomena: Prilikom slanja ove Obavijesti, potrebno je dostaviti i popratni akt, rješenje o priznavanju ili prestanku prava, kopiju Obrasca JS3120, kao i dokaz na temelju čega je prestalo pravo na zdravstveno osiguranje.

M.P.

Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

Obrazac ZI

(otisak prijamnog štamblja)

Zahtjev

za obvezno zdravstveno osiguranje I. kategorije - osobe iznad 65 godina starosti

Molim da mi se sukladno Naputku o utvrđivanju prava na obvezno zdravstveno osiguranje osoba koje nisu osigurane po drugoj osnovi u Hercegbosanskoj županiji odobri pravo na obvezno zdravstveno osiguranje kao I. kategorije - osobe iznad 65 godina starosti.

O sebi dajem sljedeće podatke:

Ime i prezime	
Ime jednog roditelja	
Mjesto i datum rođenja	
Adresa	

Uz zahtjev prilažem sljedeću dokumentaciju:

1. Osobna iskaznica (na uvid);

2. Izvadak iz matične knjige rođenih;

3. Uvjerenje o prebivalištu izdano od mjerodavne CIPS-ove službe ne starije od tri mjeseca;

4. Uvjerenje da nemam registriran obrt koje izdaje mjerodavna općinska služba ne starije od tri mjeseca;

5. Izjavu da nema drugih primanja po kojima bi mogao ostvariti prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja po toj osnovi, ovjerenu u općini prebivališta;

6. Kućna lista;

7. Uvjerenje područnog ureda Zavoda za zdravstveno osiguranje nadležnog prema mjestu prebivališta da nitko od članova obitelji (sukladno članku 20. Zakona o zdravstvenom osiguranju FBiH) nije zdravstveno osiguran po drugoj osnovi;

8. Dodatna dokumentacija. _____

IZJAVA

Kao podnositelj/ica zahtjeva za priznavanje prava na zdravstveno osiguranje izjavljujem da su svi podaci koje sam naveo/la u zahtjevu istiniti, točni i potpuni te da za svoju izjavu preuzimam svu materijalnu i kaznenu odgovornost.

Upoznat/a sam:

- > da zbog neistinitih podataka mogu snositi zakonske i druge posljedice.
- > da sam dužan/na o svim promjenama koje utječu na ostvarivanje prava, odmah izvijestiti Centar/službu.

Suglasan/a sam:

- > da se informacije koje sam pružio/la koriste u postupku rješavanja mog zahtjeva te ovlašćujem Centar/službu da iste ima pravo provjeravati, obrađivati, čuvati i koristiti za druge svrhe u djelokrugu rada ovog Centra/službe ili ministarstva nadležnog za poslove socijalne skrbi te, prema potrebi, pružati i drugim državnim tijelima u skladu sa zakonom.

U _____ dana _____

(Potpis podnositelja/ice zahtjeva)

Obrazac Z2

(otisak prijamnog štambilja)

Zahtjev

za obvezno zdravstveno osiguranje II. kategorije - djeca predškolskog uzrasta do početka redovitog školovanja

Molim da mi se sukladno Naputku o utvrđivanju prava na obvezno zdravstveno osiguranje osoba koje nisu osigurane po drugoj osnovi u Hercegbosanskoj županiji odobri pravo na obvezno zdravstveno osiguranje kao II. kategorije - djeca predškolskog uzrasta do početka redovitog školovanja.

O sebi dajem sljedeće podatke:

Ime i prezime	
Ime jednog roditelja	
Mjesto i datum rođenja	
Adresa	

Uz zahtjev prilažem sljedeću dokumentaciju:

1. Osobna iskaznica roditelja ili zakonskog skrbnika (na uvid);
2. Izvadak iz matične knjige rođenih;
3. Uvjerenje o prebivalištu izdano od mjerodavne CIPS-ove službe ne starije od tri mjeseca;
4. Uvjerenje područnog ureda Zavoda za zdravstveno osiguranje nadležnog prema mjestu prebivališta da roditelj ili zakonski skrbnik djeteta nije zdravstveno osiguran po drugoj osnovi;
5. Dodatna dokumentacija. _____

IZJAVA

Kao podnositelj/ica zahtjeva za priznavanje prava na zdravstveno osiguranje izjavljujem da su svi podaci koje sam naveo/la u zahtjevu istiniti, točni i potpuni te da za svoju izjavu preuzimam svu materijalnu i kaznenu odgovornost.

Upoznat/a sam:

- > da zbog neistinitih podataka mogu snositi zakonske i druge posljedice.
- > da sam dužan/na o svim promjenama koje utječu na ostvarivanje prava, odmah izvijestiti Centar/službu.

Suglasan/a sam:

- > da se informacije koje sam pružio/la koriste u postupku rješavanja mog zahtjeva te ovlašćujem Centar/službu da iste ima pravo provjeravati, obrađivati, čuvati i koristiti za druge svrhe u djelokrugu rada ovog Centra/službe ili ministarstva nadležnog za poslove socijalne skrbi te, prema potrebi, pružati i drugim državnim tijelima u skladu sa zakonom.

U _____ dana _____

(Potpis podnositelja/ice zahtjeva)

Obrazac Z3

(otisak prijamnog štambilja)

Zahtjev

za obvezno zdravstveno osiguranje III. kategorije - osobe korisnici socijalne skrbi

Molim da mi se sukladno Naputku o utvrđivanju prava na obvezno zdravstveno osiguranje osoba koje nisu osigurane po drugoj osnovi u Hercegbosanskoj županiji odobri pravo na obvezno zdravstveno osiguranje kao 111. kategorije - osobe korisnici socijalne skrbi.

O sebi dajem sljedeće podatke:

Ime i prezime	
Ime jednog roditelja	
Mjesto i datum rođenja	
Adresa	

Uz zahtjev prilažem sljedeću dokumentaciju:

- 1. Rješenje centra/službe o pravu na pomoć za uzdržavanje (za korisnike iz čl.5.st(1));
- 2. Rješenje centra/službe o odobrenju prava na osposobljavanje za život i rad (za korisnike iz čl.5.st(2));
- 3. Rješenje centra/službe o smještaju u drugu obitelj (za korisnike iz čl.5.st(3));
- 4. Rješenje o smještaju u ustanovu socijalne skrbi (za korisnike iz čl.5.st(4));
- 5. Kućna lista (za korisnike iz čl.5. st. (1,2 i 3));
- 6. Uvjerenje područnog ureda Zavoda za zdravstveno osiguranje nadležnog prema mjestu prebivališta da nitko od članova obitelji (sukladno članku 20. Zakona o zdravstvenom osiguranju FBiH) nije zdravstveno osiguran po drugoj osnovi;
- 7. Dodatna dokumentacija. _____

IZJAVA

Kao podnositelj/ica zahtjeva za priznavanje prava na zdravstveno osiguranje izjavljujem da su svi podaci koje sam naveo/la u zahtjevu istiniti, točni i potpuni te da za svoju izjavu preuzimam svu materijalnu i kaznenu odgovornost.

Upoznat/a sam:

- > da zbog neistinitih podataka mogu snositi zakonske i druge posljedice.
- > da sam dužan/na o svim promjenama koje utječu na ostvarivanje prava, odmah izvijestiti Centar/službu.

Suglasan/a sam:

- > da se informacije koje sam pružio/la koriste u postupku rješavanja mog zahtjeva te ovlašćujem Centar/službu da iste ima pravo provjeravati, obrađivati, čuvati i koristiti za druge svrhe u djelokrugu rada ovog Centra/službe ili ministarstva nadležnog za poslove socijalne skrbi te, prema potrebi, pružati i drugim državnim tijelima u skladu sa zakonom.

U _____ dana _____

(Potpis podnositelja/ice zahtjeva)

Obrazac Z4

(otisak prijamnog štambilja)

Zahtjev

za obvezno zdravstveno osiguranje IV. kategorije - osobe kojima je priznat status raseljene osobe

Molim da mi se sukladno Naputku o utvrđivanju prava na obvezno zdravstveno osiguranje osoba koje nisu osigurane po drugoj osnovi u Hercegbosanskoj županiji odobri pravo na obvezno zdravstveno osiguranje kao IV. kategorije - osobe kojima je priznat status raseljene osobe.

O sebi dajem sljedeće podatke:

Ime i prezime	
Ime jednog roditelja	
Mjesto i datum rođenja	
Adresa	

Uz zahtjev prilažem sljedeću dokumentaciju:

1. Izvadak iz matične knjige rođenih;
2. Uvjerenje o prebivalištu izdano od mjerodavne CIPS-ove službe ne starije od tri mjeseca;
3. Rješenje centra/službe o statusu raseljene osobe;
4. Uvjerenje područnog ureda Zavoda za zdravstveno osiguranje nadležnog prema mjestu prebivališta da osoba nije zdravstveno osigurana po drugoj osnovi;
5. Dodatna dokumentacija. _____

IZJAVA

Kao podnositelj/ica zahtjeva za priznavanje prava na zdravstveno osiguranje izjavljujem da su svi podaci koje sam naveo/la u zahtjevu istiniti, točni i potpuni te da za svoju izjavu preuzimam svu materijalnu i kaznenu odgovornost.

Upoznat/a sam:

- > da zbog neistinitih podataka mogu snositi zakonske i druge posljedice.
- > da sam dužan/na o svim promjenama koje utječu na ostvarivanje prava, odmah izvijestiti Centar/službu.

Suglasan/a sam:

- > da se informacije koje sam pružio/la koriste u postupku rješavanja mog zahtjeva te ovlašćujem Centar/službu da iste ima pravo provjeravati, obrađivati, čuvati i koristiti za druge svrhe u djelokrugu rada ovog Centra/službe ili ministarstva nadležnog za poslove socijalne skrbi te, prema potrebi, pružati i drugim državnim tijelima u skladu sa zakonom.

U _____ dana _____

(Potpis podnositelja/ice zahtjeva)

Obrazac Z5

(otisak prijamnog štambilja)

Zahtjev

za obvezno zdravstveno osiguranje V. kategorije - osobe kojima je priznat CZR/OSI

Molim da mi se sukladno Naputku o utvrđivanju prava na obvezno zdravstveno osiguranje osoba koje nisu osigurane po drugoj osnovi u Hercegbosanskoj županiji odobri pravo na obvezno zdravstveno osiguranje kao V. kategorije - osobe kojima je priznat status civilne žrtve rata od 60% i više tjelesnog oštećenja i osobe s invaliditetom I i II grupe s 90% i 100% tjelesnog oštećenja.

O sebi dajem sljedeće podatke:

Ime i prezime	
Ime jednog roditelja	
Mjesto i datum rođenja	
Adresa	

Uz zahtjev prilažem sljedeću dokumentaciju:

- 1. Izvadak iz matične knjige rođenih;
- 2. Uvjerenje o prebivalištu izdano od mjerodavne CIPS-ove službe ne starije od tri mjeseca;
- 3. Rješenje centra/službe o statusu civilne žrtve rata/civilne osobe s invaliditetom;
- 4. Uvjerenje područnog ureda Zavoda za zdravstveno osiguranje nadležnog prema mjestu prebivališta da osoba nije zdravstveno osigurana po drugoj osnovi,
- 5. Dodatna dokumentacija. _____

IZJAVA

Kao podnositelj/ica zahtjeva za priznavanje prava na zdravstveno osiguranje izjavljujem da su svi podaci koje sam naveo/la u zahtjevu istiniti, točni i potpuni te da za svoju izjavu preuzimam svu materijalnu i kaznenu odgovornost.

Upoznat/a sam:

- > da zbog neistinitih podataka mogu snositi zakonske i druge posljedice.
- > da sam dužan/na o svim promjenama koje utječu na ostvarivanje prava, odmah izvijestiti Centar/službu.

Suglasan/a sam:

- > da se informacije koje sam pružio/la koriste u postupku rješavanja mog zahtjeva te ovlašćujem Centar/službu da iste ima pravo provjeravati, obrađivati, čuvati i koristiti za druge svrhe u djelokrugu rada ovog Centra/službe ili ministarstva nadležnog za poslove socijalne skrbi te, prema potrebi, pružati i drugim državnim tijelima u skladu sa zakonom.

U _____ dana _____

(Potpis podnositelja/ice zahtjeva)

Obrazac Z6

(otisak prijamnog štambilja)

Zahtjev

za obvezno zdravstveno osiguranje VI. kategorije - djeca koja nisu uključena u sustav redovnog obrazovanja do 18. godine života

Molim da mi se sukladno Naputku o utvrđivanju prava na obvezno zdravstveno osiguranje osoba koje nisu osigurane po drugoj osnovi u Hercegbosanskoj županiji odobri pravo na obvezno zdravstveno osiguranje kao VI. kategorije - djeca koja nisu uključena u sustav redovnog obrazovanja do 18. godine života.

O sebi dajem sljedeće podatke:

Ime i prezime	
Ime jednog roditelja	
Mjesto i datum rođenja	
Adresa	

Uz zahtjev prilažem sljedeću dokumentaciju:

1. Osobna iskaznica roditelja ili zakonskog skrbnika (na uvid);
2. Izvadak iz matične knjige rođenih;
3. Uvjerenje o prebivalištu izdano od mjerodavne CIPS-ove službe ne starije od tri mjeseca;
4. Uvjerenje područnog ureda Zavoda za zdravstveno osiguranje nadležnog prema mjestu prebivališta da roditelj ili zakonski skrbnik djeteta nije zdravstveno osiguran po drugoj osnovi;
5. Dodatna dokumentacija. _____

IZJAVA

Kao podnositelj/ica zahtjeva za priznavanje prava na zdravstveno osiguranje izjavljujem da su svi podaci koje sam naveo/la u zahtjevu istiniti, točni i potpuni te da za svoju izjavu preuzimam svu materijalnu i kaznenu odgovornost.

Upoznat/a sam:

- > da zbog neistinitih podataka mogu snositi zakonske i druge posljedice.
- > da sam dužan/na o svim promjenama koje utječu na ostvarivanje prava, odmah izvijestiti Centar/službu.

Suglasan/a sam:

- > da se informacije koje sam pružio/la koriste u postupku rješavanja mog zahtjeva te ovlašćujem Centar/službu da iste ima pravo provjeravati, obrađivati, čuvati i koristiti za druge svrhe u djelokrugu rada ovog Centra/službe ili ministarstva nadležnog za poslove socijalne skrbi te, prema potrebi, pružati i drugim državnim tijelima u skladu sa zakonom.

U _____ dana _____

(Potpis podnositelja/ice zahtjeva)