



Podnosilac zahtjeva

Obrazac: MRSPI br. 3.

Ministarstvo za rad, socijalnu  
politiku i izbjeglice

(Ime, ime roditelja, prezime)

Sektor za rad, humanitarnu  
djelatnost i povratak

(Broj lične karte)

(Mjesto izdavanja)

(Adresa prebivališta)

(Broj telefona)

**PREDMET: Zahtjev za povremenu/jednokratnu pomoć za liječenje raseljenih lica i  
povratnika**

(Opis problema)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

U zavisnosti od vrste liječenja, uz zahtjev je potrebno priložiti:

DOKAZNA DOKUMENTACIJA	FORMA DOKUMENTA	IZDAJE GA
Rješenje o priznavanju statusa raseljene osobe ili Uvjerenje o statusu povratnika	Kopija	Nadležna gradska/općinska služba
Dokaz o prebivalištu/boravištu (CIPS), ne stariji od 6 mjeseci	Kopija	MUP
Bankovni tekući račun ili uvjerenje o otvorenom tekućem računu	Kopija	Banka
Kućna lista, ne starija od 6 mjeseci	Original ili ovjerena kopija	Nadležna gradska/općinska služba
<b>Dokazi o radno-pravnom statusu za podnosioc zahtjeva i sve punoljetne članove zajedničkog porodičnog domaćinstva:</b> - za nezaposlena lica – uvjerenje izdato od strane JU Služba za zapošljavanje Ze-do kantona ili uvjerenje da se ne vodi u evidenciji osiguranih lica izdato od strane Porezne uprave F BiH; - za zaposlena lica – dokaz o visini plaće/platna lista (original ili ovjerena fotokopija) - za penzionere – ček od penzije (fotokopija)	Kopije	Poslodavac/Zavod PIO/MIO/Zavod za zapošljavanje/Nadležna gradska/općinska služba/Centar za socijalni rad/obrazovna



<ul style="list-style-type: none"> <li>- za lica koja su navršila 65 godina, a nisu ostvarili pravo na penziju – uvjerenje pa se ne vodi u evidenciji osiguranih lica izdato od strane Porezne uprave FBiH/ Poreska ispostava ili uvjerenje da lice nije ostvarilo pravo na penziju izdato od strane Federalnog zavoda PIO/MIO (original ili fotokopija).</li> </ul>		ustanova /zdravstvena ustanova
<p><b>Za plaćanje dijela troškova liječenja u slučaju teške i trajne bolesti, obavljenog u zdravstvenim ustanovama u mjestu prebivališta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– nalaz nadležne zdravstvene ustanove da se radi o teškoj i trajnoj bolesti, iz kojeg se može utvrditi da su liječenje ili oporavak u toku (fotokopija)</li> <li>- račun / predračun za kupovinu lijekova</li> </ul>	Kopije	Nadležna zdravstvena ustanova
<p><b>Za plaćanje dijela troškova liječenja u slučaju teške i trajne bolesti, obavljenog u zdravstvenim ustanovama BiH ili inostranstru</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– nalaz nadležne zdravstvene ustanove da se radi o teškoj i trajnoj bolesti</li> <li>- dokaz (preporuka, saglasnost, odluka) o upućivanju na liječenje van Kantona,</li> <li>- račun ili predračun o troškovima nadležne zdravstvene ustanove koja je obavila liječenje, ili račun / predračun za kupovinu lijekova</li> <li>- potvrda Zavoda za zdravstveno osiguranje Zeničko-dobojskog kantona da li učestvuje u nabavci lijeka/liječenju i u kojem iznosu..</li> </ul>	Kopije	Nadležna zdravstvena ustanova/Zavod zdravstvenog osiguranja

**Napomena:** Dokazna dokumentacija nije relevantna ako je starija od 6 mjeseci od podnošenja zahtjeva.

**Rok za rješavanje urednog predmeta:** 30 radnih dana.

**Rok za dostavu dopune dokumentacije:** 8 dana.

†

†

Zenica, \_\_\_\_\_  
(Datum podnošenja zahtjeva)

\_\_\_\_\_  
(Potpis podnosioca zahtjeva)