

# PRIJAVNI OBRAZAC

1.	Ime ( ime roditelja) prezime		
2.	JMBG		
3.	Prebivalište		
4.	Broj lične karte (organ koji je izdao)	_____ izdate od _____	
5.	Kontakt telefon		
6.	Broj članova porodičnog domaćinstva u kojem živite.		
7.	Od kog datuma ste zdravstveno neosigurani		
8.	Da li iko od članova domaćinstva ostvaruje zdravstvenu zaštitu i po kom osnovu	DA _____	NE
9.	Da li imate ličnih dugovanja prema Fondu zdravstvenog osiguranja	DA	NE
10.	Da li poslodavac kod koga radite ili ste radili ima dugovanja zbog ne uplate zdravstvenog osiguranja	DA	NE
11.	Da li ste prijavljeni na evidenciju kod Službe za zapošljavanje	DA	NE
12.	Da li ste korisnik socijalne zaštite	DA	NE
13.	Da li ostvaruje novčana primanja po bilo kom osnovu	DA	NE
14.	Da li ste pripadnik boračke populacije	DA	NE
15.	Da li ste stariji od 65 godina starosti	DA	NE

DATUM, \_\_\_\_\_ 2024. godine

Potpis

\_\_\_\_\_