

---

---

---

ŠIBENSKO-KNINSKA ŽUPANIJA  
UPRAVNI ODJEL ZA ZDRAVSTVO I SOCIJALNU SKRB  
Š I B E N I K

**PREDMET: ZDRAVSTVENA ZAŠTITA**

**Molim gornji Naslov da mi prizna pravo na obvezno zdravstveno osiguranje budući zdravstvenu zaštitu ne mogu ostvariti po drugoj zakonskoj osnovi. Osoba sam bez sredstava za uzdržavanje, korisnik/ca prava na zajamčenu minimalnu naknadu i nesposoban/na za rad.**

---

**Prilog:**

- 1. Uvjerenje Centra za socijalnu skrb**
- 2. Nalaz i mišljenje Jedinственog tijela vještačenja**
- 3. Uvjerenje Katastra**
- 4. Potvrda o visini dohotka**
- 5. Uvjerenje Zavoda za zapošljavanje**
- 6. Potvrda HZMO**
- 7. Liječnička svjedodžba**
- 8. Osobna iskaznica**