

**РЕПУБЛИЧКИ ФОНД*ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРАЊЕ**

ФИЛИЈАЛА ЗА _____

Испостава _____

Број: _____

Датум: _____ 20____.г.

Образац ЦЗ

**ИЗЈАВА О ЧЛАНОВИМА ПОРОДИЦЕ И
ПРИХОДИМА ПО ЧЛАНУ ПОРОДИЦЕ**

1. Ради издавања, односно овере здравствене књижице на основу члана 9. Правилника о месечном износу прихода као цензусу за стицање својства осигураника („Службени гласник Србије“, бр. 112/06 и 5/09), изјављујем под моралном, материјалном и кривичном одговорношћу, да сам:

1.1 незапослено лице

1.2 социјално угрожено лице

1.3 избегло, односно прогнано лице коме је надлежни републички орган утврдио статус избеглог, односно прогнаног лица из бивших република СФРЈ са боравиштем на територији Републике Србије.

(заокружити одговарајући број)

2. Изјављујем да:

2.1 живим сам и не остварујем приходе

2.2 живим у заједничком домаћинству са члановима породице који: 1) остварују приходе
2) не остварују приходе

(заокружити одговарајући број, односно попунити одговарајуће податке)

Ред бр	ИМЕ И ПРЕЗИМЕ	ЈМБГ	СРОДСТВО	ПРИХОД ОД (зарата, пензија, уг. накнада)	ИЗНОС У ДИНАРИМА
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

НАПОМЕНА:

- чланови породице су: СУПРУЖНИК или ванбрачни партнер ако ванбрачна заједница траје најмање две године, ДЕЦА рођена у браку или ван брака, усвојена и пасторчад и деца узета на издржавање, као и РОДИТЕЉИ под условом да живе у заједничком домаћинству

- приходе од пољопривреде и шумарства, самосталне делатности, капитала, непокретности и капиталне добити остварене у претходној календарској години пре подношења изјаве, односно последњи познат податак о том приходу који се води код управе јавних прихода, прибавља Републички фонд* за здравствено осигурање по службеној дужности.

Датум _____
У _____

Име и презиме _____

ЈМБГ _____

Бр. ЛК _____ Издао од _____

Место, улица и број _____

ПОТПИС