Образец на барање **БОЛ-Н**

БАРАЊЕ

за утврдување својство на осигурено лице

(член 5 став 1 точка 15 и член 5 став 2 од ЗЗО)

Од осигуреникот _____ _____) од населено место_____ ул._____бр._____ телефон _____.

Број на здравствена легитимација	- -
ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот	
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)	

Барам Фондот за здравствено осигурување на Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето да ми утврди својство на осигурено лице.

Кон барањето ја приложувам следната документација**:**

- пријава за задолжителното здравствено осигурување
- барање за прием во задолжителното здравственото осигурување;
- извод од матична книга на родени, односно венчани во копија;
- лична карта во копија, со согласност на подносителот на пријавата и
- здравствена легитимација

Подносителот на барањето за остварените приходи на ниво на семејството во 2016 година заокружува една од наведените подточки во зависност во која категорија спаѓа:

ЛИЦА СО ПОНИСКИ ПРИМАЊА

1.Осигуреници кои оствариле приход кој не е поголем од **120.960,00** денари годишно,

2.Осигуреници кои оствариле приход поголем од **120.960,00** денари годишно, но не поголем од **197.262,00** денари единствено во случај ако во последните два месеца оствариле вкупен приход кој е помал од **20.160,00** денари

ЛИЦА СО ПОВИСОКИ ПРИМАЊА

1.Осигуреници кои оствариле приход поголем од **120.960,00** денари, но помал од **197.262,00** денари, кои плаќаат придонес на основица 50% од просечна плата (околу **1.200,00** денари)

2.Осигуреници кои како семејство во 2016 година оствариле приход поголем од **197.262,00** денари, придонес за здравствено осигурување ќе плаќаат на основица 100% од просечна плата (околу **2.400,00** денари)

Со пополнување на ова барање се согласувам податоците за остварените приходи на ниво на семејство да бидат проверени со податоци добиени од надлежни институции.

Со пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за остварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на Законот за заштита на личните податоци

Место и датум на поднесување: _____

Подносител на барањето: _____