



ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Образец на барање **III4**

БАРАЊЕ

за издавање на двојазичен образец за остварување на право на здравствено осигурување за време на постојан престој (живеење) во држава со која РМ има склучено (преземено) Договор за социјално осигурување

Од осигуреникот _____ за:
 лично и/или членот на семејство (_____) 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)																						
Вработен во/осигурен преку																						

Барам Фондот за здравствено осигурување на Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето за:
 лично и/или членот на семејство, да издаде двојазичен образец за право на здравствено осигурување за време на постојан престој (живеење) во _____
(се наведува странската држава)
почнувајќи од _____. _____.20____ година, или за период од _____. _____.20____ до _____. _____.20____ година.

Кон барањето ја приложувам следната документација (да се заокружи):

1. потврда за одјава со постојано место на живеење од РМ, издадена од МВР;
2. уверение за престој или потврда за пријава со постојано место на живеење во странската држава, издадено од странската држава;
3. потврда за пренос (трансфер) на пензија од Фондот за ПИОМ;
4. извод од матичната книга на родени;
5. извод од матичната книга на венчани.

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: _____



ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

УПАТСТВО ЗА ПОПОЛНУВАЊЕ НА ОБРАЗЕЦОТ ПП4

Барањето - Образецот ПП4 се пополнува во два идентични примерока, на кои се втиснува приемен штембил со број и датум од страна на архиварот. Едниот примерок со документите во прилог го задржува Архивата на Подрачната служба на ФЗОМ, а другиот примерок го задржува подносителот на барањето.

На празните линии од првата реченица се пополнуваат: името и презимето на осигуреникот (носителот на здравственото осигурување), име и презиме на осигуреното лице - членот на семејство (се пополнува доколку барањето се однесува за член на семејство), населеното место на живеење, адресата и телефонскиот број за контакт. Во полето „Број на здравствена легитимација“ се впишува бројот од здравствената легитимација на осигуреното лице кој содржи 12 цифри во форматот XXX-YYYYYYY-ZZ.

Во полето „ЕМБГ на осигуреникот (носител)“ се впишува Единствениот матичен број на осигуреникот (носителот) кој содржи 13 цифри. Ова поле може да не се пополни доколку е пополнето полето „Единствен здравствен број на осигуреникот“. Ова поле се пополнува само доколку осигуреникот поседува Електронска Здравствена Картичка или веќе е информиран за Единствениот здравствен број кој ќе биде прикажан на Електронската Здравствена Картичка која ФЗОМ ќе ја издаде на осигуреникот. Овој број содржи 9 цифри.

Во полето „ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство)“ се впишува Единствениот матичен број на осигуреното лице (членот на семејство) кој содржи 13 цифри. Ова поле може да не се пополни доколку е пополнето полето „Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)“. Ова поле се пополнува само доколку осигуреникот поседува Електронска Здравствена Картичка или веќе е информиран за Единствениот здравствен број кој ќе биде прикажан на Електронската Здравствена Картичка која ФЗОМ ќе ја издаде на осигуреникот. Овој број содржи 9 цифри. Податоците за член на семејство се пополнуваат доколку барањето се однесува за член на семејство.

Во полето „Вработен во/осигурен преку“ се впишува називот на работодавачот (правно или физичко лице, како и друг субјект – орган на државна власт, орган на единица на локалната самоуправа, подружница на странско друштво, дипломатско и конзуларно претставништво, кое вработува работници врз основа на договор за вработување) на осигуреникот, односно обврзникот за пресметка и уплата на придонесите во име и за сметка на осигуреникот.

На празните линии од втората реченица на Барањето - образецот ПП4 се впишуваат седиштето (градот) на Подрачната служба на ФЗОМ каде осигуреното лице го поднесува истото, државата каде осигуреното лице сака постојано да престојува (живее), како и датумот од кога се бара двојазичниот образец, односно периодот за кој се бара двојазичниот образец.

Кон едниот примерок од Барањето - образец ПП4 во прилог се доставува дел од или цела документација наведена во образецот, и тоа задолжително се означува документацијата која се доставува со заокружување на редниот број пред називот на документацијата. На крајот, на празните линии, се впишува местото и датумот на поднесување на барањето.