|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Образец на Барање **БОЛ-Н****БАРАЊЕ****за утврдување својство на осигурено лице** **(член 5 став 1 точка 15 и член 5 став 2 од Законот за здравствено осигурување - 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 2022 година** заокружува една од наведените потточки, во зависност во која категорија спаѓа: **ЛИЦА СО ПОНИСКИ ПРИМАЊА** 1. Осигуреници кои оствариле при­ход кој не е поголем од **216.000,00** денари годишно;  2. Осигуреници кои оствариле при­ход поголем од **216.000,00** денари годишно, но не поголем од **296.382,00** денари, единствено во случај ако во последните два ме­сеца оствариле вкупен приход кој е помал од **36.000,00** денари;**ЛИЦА СО ПОВИСОКИ ПРИМАЊА** 1. Осигурениците кои оствариле при­ход поголем од **216.000,00** денари, но помал од **296.382,00** денари плаќаат придонес на основица 50 % од просечната плата (околу **1.852,00** денари);  2. Осигурениците кои оствариле при­ход поголем од **296.382,00** денари плаќаат придонес на основица 50 % од просечната плата (околу **1.852,00** денари). *Со пополнување на ова Барање се согласувам податоците за остварените приходи на ниво на семејство да бидат проверени со податоци добиени од надлежните институции.* *Со пополнување на ова Барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за остварување на правата од здравственото осигурување и користење на здравствената заштита и истите да се користат согласно со прописите на Законот за заштита на личните податоци* | Formulari i kërkesës **BOL-N****KËRKESË****për përcaktimin e statusit të personit të siguruar****(Neni 5 paragrafi 1 pika 15 dhe neni 5 paragrafi 2 të Ligjit të Sigurimit Shëndetësor - LSSH)**Nga i siguruari \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) me vendbanim \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  rr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr .\_\_\_\_\_\_\_ telefoni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Numri i kartelës shëndetësore |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  | - |  |  |
| NVAQ i të siguruarit (bartës)(ose) Numri i vetëm shëndetësor i të siguruarit |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NVAQ i personit të siguruar (anëtar i familjes)(ose) Numri i vetëm shëndetësor i të siguruarit (i anëtarit ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Kërkoj që Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Maqedonisë – Njësia Rajonale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, bazuar në dokumentacionin bashkëngjitur kërkesës të më përcaktojë statusin si person i siguruar.Me kërkesën bashkëngjis dokumentacionin në vijim:- Fletëparaqitje për sigurim të detyrueshëm shëndetësor- Kërkesë për pranim në sigurimin e detyrueshëm shëndetësor;- Certifikatë të lindjes, përkatësisht të martesës, kopje;- Kopje të letërnjoftimit, me pëlqimin e parashtruesit të aplikimit dhe- Kartelë shëndetësoreParashtruesi i kërkesës **për të ardhurat e realizuara në nivel familjar në vitin 2022** plotëson një nga nën-pikat e shënuara në varësi të cilës kategori i përket:**PERSONAT ME TË ARDHURA MË TË ULËTA** 1. Personat e siguruar që kanë realizuar të ardhura jo më shumë se **216.000,00** denarë në vit,2. Personat e siguruar që kanë realizuar të ardhura më të larta se **216.000,00** denarë në vit, por jo më shumë se **296.382,00** denarë vetëm nëse në dy muajt e fundit kanë fituar të ardhura totale më të vogla se **36.000,00** denarë**PERSONAT ME TË ARDHURA MË TË LARTA**1. Personat e siguruar që kanë realizuar të ardhura më të larta se **216.000,00** denarë, por më pak se **296.382,00** denarë, paguajnë kontribut në bazë të 50% të pagës mesatare (rreth **1.852,00** denarë) 2. Personat e siguruar që kanë realizuar të ardhura më të larta se **296.382,00** denarë, paguajnë kontribut në bazë të 50% të pagës mesatare (rreth **1.852,00** denarë).*Me plotësimin e kësaj kërkesë, pajtohem që të dhënat për të ardhurat e realizuara në nivel familjar të kontrollohen me të dhënat e marra nga institucionet kompetente.**Me plotësimin e kësaj kërkesë, pajtohem që të dhënat e mia personale dhe të dhënat për anëtarët e familjes sime të përdoren për ushtrimin e të drejtave të sigurimit shëndetësor dhe shfrytëzimin e kujdesit shëndetësor dhe që ato të shfrytëzohen në përputhje me rregulloret e Ligjit për Mbrojtjen e të Dhënave Personale.* |

|  |  |
| --- | --- |
| Место и датум на поднесување:Vendi dhe data e parashtrimit:  | Подносител на барањето:Parashtruesi i kërkesës: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |