



Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

Kërkoj që Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut – Shërbimi rajonal _____, në bazë të dokumentacionit të bashkëngjitur në kërkesë, me aktvendim të më përcaktojë të drejtën e shfrytëzimit të kompensimit të rrogës gjatë mungesës në punë për shkak të shtatzënisë, lindjes dhe të amësisë (prindërimit).

Кон барањето ја приложувам следната документација (се заокружува):

1. Извештај за привремена спреченост за работа-образец - ИСП од избран лекар;
2. Извод од книгата на родените за детето (копие)¹;
3. Решение за адаптација - посвојување од Центар за социјални работи за посвоено дете (само за посвоено дете)²;
4. Изјава заверена на нотар за трансакциските сметки на правното лице и копија од изводи за промет и сотојба на трансакциските сметки (само за правно лице со еден вработен);
5. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.

^{1,2} Доколку осигуреникот не го приложи документот ФЗО РСМ ќе го обезбеди по службена должност.

Kërkesës ia bashkëngjit dokumentacionin vijues (të rrethohet):

1. Raport i ndërprerjes së përkohshme të punës – Formular RNP nga mjeku i zgjedhur;
2. Certifikatë e lindjes për fëmijën (kopje)¹;
3. Aktvendim i adoptimit - birësimit nga Qendra e Punës Sociale për fëmijë të birësuar (vetëm për fëmijë të birësuar)²;
4. Deklaratë e noterizuar e llogarive të transaksionit të personit juridik dhe një kopje e certifikatës së qarkullimit dhe gjendjes së llogarive të transaksionit (vetëm për persona juridik me një të punësuar);
5. Dëshmi e llogarisë së transaksionit të parashtruesit të kërkesës.

^{1,2} Nëse i siguruari nuk e dorëzon dokumentin, FSSHRMV-ja do ta sigurojë atë sipas detyrës zyrtare.

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.

Duke plotësuar këtë kërkesë, pajtohem që të dhënat e mia personale dhe të dhënat për anëtarët e familjes sime të përdoren për realizimin e të drejtës së sigurimit shëndetësor dhe shfrytëzimin e mbrojtjes shëndetësore dhe të përdoren në përputhje me dispozitat e Ligjit të Mbrojtjes së të Dhënave Personale.

Место и датум на поднесување:
Vendi dhe data e parashtrimi:

Подносител на барањето:
Parashtruesi i kërkesës: