





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 ndërprerjes së përkohshme të punës për shkak të lëndimit në punë/sëmundjes profesionale.

**Кон барањето ја приложувам следната документација (се заокружува):**

1. Извештај за привремена спреченост за работа-  
Образец ИСР од избран лекар;
2. Наод, оценка и мислење од лекарската комисија<sup>1)</sup>;
3. Наод, оценка и мислење од лекарска комисија за утврдување на повреда на работа/професионална болест<sup>1)</sup>;
4. Записник од Државен инспекторат за труд за утврдување на повреда на работа;
5. Повредна листа – ЕТ8 образец;
6. Изјава заверена на нотар за трансакциските сметки на правното лице и копија од изводи за промет и состојба на трансакциските сметки (само за правно лице со еден вработен);
7. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.

<sup>1)</sup> за осигурениците надвор од Скопје ФЗО РСМ по службена должност го обезбедува документот.

**Kërkesës ia bashkëngjis dokumentacionin vijues (të rrethohet):**

1. Raport i ndërprerjes së përkohshme të punës – Formular RNP nga mjeku i zgjedhur;
2. Konstatim, vlerësim dhe mendim i Komisionit mjekësor<sup>1)</sup>;
3. Konstatim, vlerësim dhe mendim i Komisionit mjekësor për përcaktimin e lëndimit në punë/sëmundjes profesionale<sup>1)</sup>;
4. Procesverbal nga Inspektorati Shtetëror i Punës për përcaktimin e lëndimit në punë;
5. Listë e lëndimeve – Formular ET8
6. 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);
7. Dëshmi e llogarisë së transaksionit të parashtruesit të kërkesës.

<sup>1)</sup> për të siguruarit jashtë Shkupit, FSSHRMV-ja e siguron dokumentin 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 parashtrimt:

Подносител на барањето:  
Parashtruesi i kërkesës: