



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

Образец на барање **H5**
Formulari i kërkesës **K5**

БАРАЊЕ/КËРКЕСË

за надоместок на плата поради отсуство од работа за родителство на таткото/посвоителот на детето
e kompensimit të rrogës për shkak të mungesës në punë për prindërim të babait/birësuesit të fëmijës

1. Од осигуреникот/Nga i siguruari _____
(за сопруг/пër bashkëshortin _____)
од населено место _____ ул. _____ бр. _____
me vendbanim në _____ рг. _____ прг. _____
телефон/telefoni _____ и е-маил адреса/dhe email adresa _____.

Број на здравствена легитимација Numri i librezës shëndetësore	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот NVAQ i të siguruarit (bartësit) (ose) Numri i vetëm shëndetësor i të siguruarit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот) NVAQ i të siguruarit (i anëtarit të familjes) (ose) Numri i vetëm shëndetësor i të siguruarit (i anëtarit)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Вработен во/осигурен преку I punësuar në/i siguruar nëpërmjet	<input type="text"/>		
Број на трансакциска сметка/Numri i llogarisë së transaksionit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Од овластено лице /Nga i autorizuari

со е-mail адреса/me email adresë

Единствен здравствен број на овластеното лице Numri i vetëm shëndetësor i të autorizuarit	<input type="text"/>
Назив на фирмата/Emri i firmës	<input type="text"/>

Барам Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето со решение да ми/му утврди право на користење надоместок на плата за време на отсуство од работа за родителство на таткото/посвоителот на детето.



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 puna për shkak të prindërimit të babait/birësuesit të fëmijës.

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 bashkëngjis 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. Vendim për adoptim - birësim nga Qendra e Punës Sociale për fëmijë të adoptuar (vetëm për fëmijë të adoptuar)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 parashtrimit:

Подносител на барањето:
Parashtruesi i kërkesës: