





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

**Документација која во прилог кон барањето ја приложува осигуреното лице:**

1. Предлог за упатување на лекување во странство од соодветна универзитетска клиника во Скопје;
2. Медицинска документација за текот на лекувањето;
3. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.

**Документација која ФЗО РСМ може да ја обезбеди по службена должност:**

1. Решение од Министерството за труд и социјална политика - центар за социјални работи (доколку осигуреното лице има својство на дете со посебни потреби);
2. Профактура од странска здравствена установа или приватна здравствена установа во РСМ.

**Dokumentacioni të cilin i siguruari ia bashkëngjit kërkesës:**

1. Propozimi i dërgimit në mjekim në shtet të huaj nga Klinika përkatëse universitare në Shkup;
2. Dokumentacioni mjekësor i periudhës së mjekimit;
3. Dëshmi e llogarisë së transaksionit të parashtruesit të kërkesës .

**Dokumentacioni të cilin mund ta sigurojë FSSHRMV-ja sipas detyrës zyrtare:**

1. Vendimi i Ministrisë së Punës dhe Politikës Sociale – Qendra e Punës Sociale (nëse personi i siguruar ka cilësinë e një fëmije me nevoja të veçanta);
2. Fatura e përkohshme nga institucioni i huaj shëndetësor ose institucioni privat shëndetësor në RMV.

Го овластувам Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија да ги искористи дадените податоци во барањето и во мое име да го побара документот.

*E autorizoj Fondin e Sigurimit Shëndetësor të Republikës së Maqedonisë së Veriut t' i shfrytëzojë të dhënat e paraqitura në kërkesë dhe ta kërkojë dokumentin në emrin tim.*

*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: