



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

Образец на барање ПП1
Formulari i kërkesës QP1

БАРАЊЕ/КËРКЕСË

за издавање на двојазичен образец за остварување на право на здравствено осигурување за време на привремен престој (приватно или службено патување, студиски престој, школување, стручно усовршување, престој во врска меѓународна - техничка, научна и културна соработка и слично) во држава со која РСМ има склучено (преземено) Договор за социјално осигурување e dhënies së formularit dygjuhësh për realizimin e të drejtës së sigurimit shëndetësor gjatë qëndrimit të përkohshëm (udhëtim privat ose udhëtim pune, qëndrim studentor, arsimim, trajnim profesional, qëndrim në lidhje me bashkëpunimin ndërkombëtar - teknik, shkencor dhe kulturor etj.) në shtetin me të cilin RMV-ja ka nënshkruar (marrë përsipër) marrëveshje sigurimi shëndetësor

Од осигуреникот _____ за:
Nga i siguruari _____ për:
 лично или членот на семејство (_____)
 personalisht ose anëtar i familjes (_____) од
населено место _____ ул. _____ бр. _____
me vendbanim në _____ rr. _____ nr. _____
телефон/telefoni _____.

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

Барам Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето за: лично и/или членот на семејство, да издаде двојазичен образец за право на здравствено осигурување за време на привремен престој во _____
(се наведува државата)
поради: _____



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

(се наведува целта на патување)

за период од ____ . ____ . 20 ____ до ____ . ____ . 20 ____ год.

Kërkoj që Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut – Shërbimi rajonal _____, në bazë të dokumentacionit të bashkëngjitur në kërkesën për:

personalisht dhe/ose anëtar i familjes, të lëshojë Formular dygjuhësh për të drejtën e sigurimit shëndetësor gjatë qëndrimit të përkohshëm në _____

(shënohet shteti)

për shkak se: _____

(shënohet qëllimi i udhëtimit)

për periudhën nga ____ . ____ . 20 ____ deri më ____ . ____ . 20 ____ .

Кон барањето ја приложувам следната документација (да се заокружи):

1. Потврда за здравствената состојба, издадена од избраниот лекар (општ и гинеколог за жени);
2. Наод, оценка и мислење на лекарската комисија на ФЗО РСМ;
3. Доказ за целта на патувањето во странство (потврда за упис на редовна школска година, односно упис на семестар – при редовно школување, студиски престој и сл.) (оригинал).

Kërkesës ia bashkëngjit dokumentacionin vijues (të rrethohet):

1. Vërtetim i gjendjes shëndetësore, i lëshuar nga mjeku i zgjedhur (i përgjithshëm dhe gjinekolog për gratë);
2. Konstatim, vlerësim dhe mendim nga komisioni mjekësor i FSSHRMV-së;
3. Dëshmi e qëllimit të udhëtimit në shtet të huaj (vërtetim i regjistrimit në vit të rregullt shkollor, gjegjësisht regjistrim të semestrit – gjatë shkollimit të rregullt, qëndrim studentor etj.) (origjinal).

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: