



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

Образец на барање НПС1
Formulari i kërkesës KPH1

БАРАЊЕ/КËРКЕСË

за покренување на постапка за можно остварување на право на надоместок на плата (парични давања) за време на привремен престој во РСМ, од осигуреник од држава со која РСМ има склучено (преземено) Договор за социјално осигурување
e ngritjes së procedurës së realizimit të mundshëm të së drejtës së kompensimit të rrogës (përfitime monetare) gjatë qëndrimit të përkohshëm në RMV, nga i siguruari në shtetin me të cilin RMV-ja ka nënshkruar (marrë përsipër) marrëveshje sigurimi shëndetësor

Од осигуреникот _____
Nga i siguruari _____
од населено место _____ ул. _____ бр. _____
me vendbanim në _____ rr. _____ nr. _____
телефон/telefoni _____.

- ☐ Осигурен преку (да се наведе државата): _____ со:
I siguruar nëpërmjet (të shënohet shteti): _____ n2 6
me:
- ☐ Двојазичен образец со ознака: _____ од ден: _____
Formular dygjuhësh me shenjë: _____ nga data: _____
- ☐ Европска картичка за здравствено осигурување (EHIC) бр. _____
Kartelë evropiane e sigurimit shëndetësor (EHIC) me nr. _____
- ☐ Привремена потврда (заменува за EHIC) број: _____
Vërtetim i përkohshëm (e zëvendëson EHIC-në) me numër: _____
- ☐ Потврда од подрачната служба на ФЗО РСМ (образец ППЗ) од ден: _____
Vërtetim nga shërbimi rajonal i FSSHMV-së (Formular QP3) nga dita: _____

Барам Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон Барањето заради можно остварување на право на надоместок од плата поради: _____
(се наведува причината), да го извести мојот надлежен носител за здравствено осигурување во _____.
(се наведува странската држава)

Kërkoj që Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut – Shërbimi rajonal _____, në bazë të dokumentacionit të bashkëngjitur në Kërkesë për realizim të mundshëm të së drejtës së kompensimit të rrogës për shkak të: _____
(shënohet shkaku), ta lajmërojë bartësin tim kompetent të sigurimit shëndetësor në _____.



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

(shënohet shteti i huaj)

За/пër:

- ☐ привремената спреченост за работа, од ден _____.20____ год.
paaftësi e përkohshme për të punuar, nga data _____.20____.
- ☐ продолжување на привремената спреченост за работа од ден _____.20____ год., врска:
претходен образец НПС1 од ден _____.20____ год.
vazhdim i paaftësisë së përkohshme për të punuar nga data _____.20____, lidhje: formular i
mëparshëm KPH1 nga data _____.20____.
- ☐ престанок на привремената спреченост за работа на ден _____.20____ год.
ndërprerje e paaftësisë së përkohshme për të punuar më _____.20____.

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

1. Извештај за привремена спреченост за работа-
Образец ИСП од општ лекар;
2. Наод, оценка и мислење од лекарската
комисија;
3. Отпусно писмо за болничко лекување;
4. Двојазичен образец или ЕНЦ или привремена
потврда, издаден од надлежната странска
држава;
5. Потврда издадена од подрачната служба на
ФЗОРСМ (образец ППС3).

Кërkesës ia bashkëngjis dokumentacionin vijues
(të rrethohet):

1. Raport i paaftësisë së përkohshme për të punuar
– Formular RPP nga mjeku i përgjithshëm;
2. Konstatim, vlerësim dhe mendim i komisionit
mjekësor;
3. Fletëlëshim nga trajtimi mjekësor;
4. Formular dygjuhësh ose EHIC, ose vërtetim i
përkohshëm i lëshuar nga shteti i huaj kompetent;
5. Vërtetim i lëshuar nga shërbimi rajonal i
FSSHRMV-së (formular QPH3).

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: