|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Образец на барање **БОЛ-Н**  **БАРАЊЕ**  **за утврдување својство на осигурено лице**  **( член 5 став 1 точка 15 и член 5 став 2 од Законот за здравствено осигурување - ЗЗО)**  Од осигуреникот \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) од населено место\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ул.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_бр.\_\_\_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Број на здравствена легитимација |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  | - |  |  | | ЕМБГ на осигуреникот (носител)  (или) Единствен здравствен број на осигуреникот |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство)  (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   Барам Фондот за здравствено осигурување на Македонија – Подрачна служба \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, врз основа на приложената документација кон барањето да ми утврди својство на осигурено лице.  Кон барањето ја приложувам следната документација**:**  **-** пријава за задолжителното здравствено осигурување  - барање за прием во задолжителното здравственото осигурување;  - извод од матична книга на родени, односно венчани во копија;  - лична карта во копија, со согласност на подносителот на пријавата и  - здравствена легитимација  Подносителот на барањето **за остварените приходи на ниво на семејството во 2021 година** заокружува една од наведените подточки во зависност во која категорија спаѓа:  **ЛИЦА СО ПОНИСКИ ПРИМАЊА**  1.Осигуреници кои оствариле при­ход кој не е поголем од **182.328,00** денари годишно,  2.Осигуреници кои оствариле при­ход поголем од **182.328,00** денари годишно, но не поголем од **261.054,00** денари единствено во случај ако во последните два ме­сеца оствариле вкупен приход кој е помал од **30.388,00** денари  **ЛИЦА СО ПОВИСОКИ ПРИМАЊА**  1.Осигурениците кои оствариле при­ход поголем од **182.328,00** денари, но помал од **261.054,00** денари, плаќаат придонес на основица 50% од просечна плата (околу **1.632,00** денари)  2.Осигурениците кои оствариле при­ход поголем од **261.054,00** денари, плаќаат придонес на основица 50% од просечна плата (околу **1.632,00** денари).  *Со пополнување на ова барање се согласувам податоците за остварените приходи на ниво на семејство да бидат проверени со податоци добиени од надлежни институции.*  *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* | Formulari i kërkesës **BOL-N**  **KËRKESË**  **për përcaktimin e statusit të personit të siguruar**  **(Neni 5 paragrafi 1 pika 15 dhe neni 5 paragrafi 2 të Ligjit të Sigurimit Shëndetësor - LSSH)**  Nga i siguruari \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) me vendbanim \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  rr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr .\_\_\_\_\_\_\_  telefoni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Numri i  kartelës shëndetësore |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  | - |  |  | | NVAQ i të siguruarit (bartës)  (ose) Numri i vetëm shëndetësor i të siguruarit |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | NVAQ i personit të siguruar (anëtar i familjes)  (ose) Numri i vetëm shëndetësor i të siguruarit (i anëtarit ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   Kërkoj që Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Maqedonisë  – Njësia Rajonale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, bazuar në dokumentacionin bashkëngjitur kërkesës të më përcaktojë statusin si person i siguruar.  Me kërkesën bashkëngjes dokumentacionin në vijim:  - fletëparaqitje për sigurim të detyrueshëm shëndetësor  - kërkesë për pranim në sigurimin e detyrueshëm shëndetësor;  - certifikatën e lindjes, përkatësisht të martesës, kopje;  - kopje të letërnjoftimit, me pëlqimin e parashtruesit të aplikimit dhe  - kartelën shëndetësore  Parashtruesi i kërkesës **për të ardhurat e realizuara në nivel familjar në vitin 2021** plotëson një nga nën-pikat e shënuara në varësi të cilës kategori i përket:  **PERSONAT ME TË ARDHURA MË TË ULËTA**  1. Personat e siguruar që kanë realizuar të ardhura jo më shumë se **182.328,00** denarë në vit,  2. Personat e siguruar që kanë realizuar të ardhura më të larta se **182.328,00** denarë në vit, por jo më shumë se **261.054,00** denarë vetëm nëse në dy muajt e fundit kanë fituar të ardhura totale më të vogla se **30.388,00** denarë  **PERSONAT ME TË ARDHURA MË TË LARTA**  1. Personat e siguruar që kanë realizuar të ardhura më të larta se **182.328,00** denarë, por më pak se **261.054,00** denarë, paguajnë kontribut në bazë të 50% të pagës mesatare (rreth **1.632,00** denarë)  2. Personat e siguruar që kanë realizuar të ardhura më të larta se **261.054,00** denarë, paguajnë kontribut në bazë të 50% të pagës mesatare (rreth **1.632,00** denarë).  *Me plotësimin e kësaj kërkesë, pajtohem që të dhënat për të ardhurat e realizuara në nivel familjar të kontrollohen me të dhënat e marra nga institucionet kompetente.*  *Me plotësimin e kësaj kërkesë, pajtohem që të dhënat e mia personale dhe të dhënat për anëtarët e familjes sime të përdoren për ushtrimin e të drejtave të sigurimit shëndetësor dhe shfrytëzimin e kujdesit shëndetësor dhe që ato të shfrytëzohen në përputhje me rregulloret e Ligjit për Mbrojtjen e të Dhënave Personale.* |

|  |  |
| --- | --- |
| Место и датум на поднесување:  Vendi dhe data e parashtrimit: | Подносител на барањето:  Parashtruesi i kërkesës: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |