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 2022 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 **216.000,00** денари годишно,

2.Осигуреници кои оствариле при­ход поголем од **216.000,00** денари годишно, но не поголем од **296.382,00** денари единствено во случај ако во последните два ме­сеца оствариле вкупен приход кој е помал од **36.000,00** денари

**ЛИЦА СО ПОВИСОКИ ПРИМАЊА**

1.Осигурениците кои оствариле при­ход поголем од **216.000,00** денари, но помал од **296.382,00** денари, плаќаат придонес на основица 50% од просечна плата (околу **1.852,00** денари)

2.Осигурениците кои оствариле при­ход поголем од **296.382,00** денари, плаќаат придонес на основица 50% од просечна плата (околу **1.852,00** 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*

|  |  |
| --- | --- |
| Место и датум на поднесување: | Подносител на барањето: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |