20200831285

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА

Врз основа на член 30 и член 56 став 1 точка 3 од Законот за здравственото осигурување („Службен весник на Република Македонија“ број 25/2000, 34/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002, 31/2003, 84/2005, 37/2006, 18/2007, 36/2007, 82/2008, 98/2008, 6/2009, 67/2009, 50/2010, 156/2010, 53/2011, 26/2012, 91/2013, 187/2013, 43/2014, 44/2014, 97/2014, 112/2014, 113/2014, 188/2014, 20/2015, 61/2015, 98/2015, 129/2015, 150/2015, 154/2015, 192/2015, 217/2015, 27/2016, 37/2016, 120/2016, 142/2016 и 171/2017 и „Службен весник на Република Северна Македонија“ број 275/2019), член 1 став 3, член 2 став 2 и член 6 став 1 и 2 од Законот за употреба на јазиците („Службен весник на Република С. Македонија“ број 7/2019) и член 43 од Правилникот за начинот на користење на здравствени услуги на осигурените лица во странство („Службен весник на Република Македонија“ број 88/2013, 48/2015, 68/2015, 211/2015, 107/2016 и 158/2016), Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија на седницата одржана на 31 јануари 2020 година, донесе

ОДЛУКА ЗА ДОПОЛНУВАЊЕ НА ОДЛУКАТА ЗА УТВРДУВАЊЕ НА ОБРАСЦИТЕ ПРЕДВИДЕНИ ВО ПРАВИЛНИКОТ ЗА НАЧИНОТ НА КОРИСТЕЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ НА ОСИГУРЕНИТЕ ЛИЦА ВО СТРАНСТВО

Член 1

Во Одлуката за утврдување на обрасците предвидени во Правилникот за начинот на користење на здравствени услуги на осигурените лица во странство („Службен весник на Република Македонија“ број 133/2011, 53/2012, 18/2013, 88/2013, 91/2013 и 138/2013, 186/2013, 89/2014 и 145/2014, 48/2015, 139/2016 и 158/2016), по членот 2 се додава нов член 2-а кој гласи:

„Со оваа Одлука се утврдуваат и обрасци согласно одредбите од Законот за употреба на јазиците и тоа:“

1. Образец на барање Л1 – за болничко лекување во странство/Formulari i kërkesës M1– e mjekimit spitalor në shtet të huaj;

2. Образец на барање Л2 – за продолжување на лекување во странство и /или признавање на дополнителни трошоци/Formulari i kërkesës M2– e vazhdimit të mjekimit jashtë vendit dhe/ose vlerësimit të shpenzimeve shtesë;

3. Образец на барање Л3 – за надомест на средства за извршени здравствени услуги во странство – итен случај/Formulari i kërkesës M3 – e kompensimit të mjeteve të shërbimeve mjekësore të kyera në shtet të huaj – rast urgjent;

4. Образец на барање Л4 - за контролен преглед во странство по извршено болничко лекување во странство на товар на ФЗОМ/ Formulari i kërkesës M4– e ekzaminimit jashtë shtetit pas mjekimit të kryer shëndetësor jashtë shtetit, që i heq FSSHRMV-ja;

5. Образец на барање Л5 – за надомест на средства за пренос на умрено лице при болничко лекување во странство на товар на ФЗОМ/ Formulari i kërkesës M5– e kompensimit të mjeteve për bartjen e të ndjerit gjatë shërimit mjekësor jashtë vendit, që i heq FSSHRMV-ja;

6. Образец на барање Д1 – за издавање на двојазичен образец за работници упатени на привремена работа во држава со која РСМ има склучено (преземено) Договор за социјално осигурување/ Formulari i kërkesës D1 – e lëshimit të formularit dygjuhësh për punëtorët e dërguar në punë të përkohshme në shtetin me të cilin Republika e Maqedonisë së Veriut ka nënshkruar (marrë përsipër) marrëveshje sigurimi social;

7. Образец на барање ПП1 – за издавање на двојазичен образец за осигурување на право на здравствено осигурување за време на привремен престој (приватно или службено патување, студентски 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/ Formulari i kërkesës QP1 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;

8. Образец на барањеПП4/1 – за издавање на двојазичен образец за престанок на претходно дадено право на здравствено осигурување за време на постојан престој(живеење) во држава во која РСМ има склучено (преземено) Договор за социјално осигурување/ Formulari i kërkesës QP4/1- e lëshimit të formularit dygjuhësh për ndërprerjen e së drejtës së mëparshme të sigurimit shëndetësor gjatë qëndrimit të përhershëm (jetesës) në shtetin me të cilin RMV-ja ka lidhur marrëveshje sigurimi social;

9. Образец на барање ПП4 – за издавање на двојазичен образец за остварување на право на здравствено осигурување за време на постојан престој (живеење) во држава со која РСМ има склучено (преземено) Договор за социјално осигурување/ Formulari i kërkesës QP4- e lëshimit të formularit dygjuhësh për realizimin e të drejtës së sigurimit shëndetësor gjatë qëndrimit të përhershëm (jetesës) në shtetin me të cilin RMV-ja ka nënshkruar (marrë përsipër) Kontratë sigurimi social.

Обрасците од ставот 1 се составен дел на оваа одлука.

Член 2

Оваа одлука влегува во сила со денот на објавувањето во „Службен весник на Република Северна Македонија“.

Бр.02-5833/5
25 март 2020 година
Скопје

Претседател
на Управен одбор,
Дејан Николовски, с.р.

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

Образец на барање Л1
Formulari i kërkesës M1

БАРАЊЕ/KËRKESË
за болничко лекување во странство
e mjekimit spitalor në shtet të huaj

Од осигуреникот _____(за член на семејство)_____
Nga i siguruar _____(për anëtarin e 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 siguruarit (bartësit) (ose) Numri i vetëm shëndetësor i të siguruarit	
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот) NVAQ i të siguruarit (i anëtarit të familjes) (ose) Numri i vetëm shëndetësor i të siguruarit (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, врз основа на приложената документација кон барањето со решение да ме упати на болничко лекување во
_____.
(се наведува здравствената установа, градот и државата)

Kërkoj që Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut, në bazë të dokumentacionit të bashkëngjitur në kërkesë, me aktvendim të më dërgojë për mjekim spitalor në
_____.
(shënohet institucioni shëndetësor, qyteti dhe shteti)

Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut
Адреса: Ул. „Македонија", бр. 5, 1000 Скопје
Adresa: Rr. "Maqedonia", nr. 5, 1000 Shkup
Тел/Tel: 02/3289-000
Факс/Faks: 02/3289-048
e-mail: info@fzo.org.mk
www.fzo.org.mk

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:	**Dokumentacioni të cilin i siguruari ia bashkëngjit kërkesës:**
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.	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 .
Документација која ФЗОРСМ може да ја обезбеди по службена должност:	**Dokumentacioni të cilin mund ta sigurojë FSSHRMV-ja sipas detyrës zyrtare:**
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.	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 l[illegible]ë 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:

Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut
Адреса: Ул. „Македонија", бр. 5, 1000 Скопје
Adresa: Rr. "Maqedonia", nr. 5, 1000 Shkup
Тел/Tel: 02/3289-000
Факс/Faks: 02/3289-048
e-mail: info@fzo.org.mk
www.fzo.org.mk

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

Образец на барање Л2
Formulari i kërkesës M2

БАРАЊЕ/KËRKESË

за продолжување на лекување во странство и/или признавање на дополнителни трошоци
e vazhdimit të mjekimit jashtë vendit dhe/ose vlerësimit të shpenzimeve shtesë

Од осигуреникот _____(за член на семејство) _____
Nga i siguruar _____ (për anëtarin e 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 siguruarit (batësit) (ose) Numri i vetëm shëndetësor i të siguruarit														
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот) NVAQ i të siguruarit (i anëtarit të familjes) (ose) Numri i vetëm shëndetësor i të siguruarit (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, врз основа на приложената документација кон барањето со решение да ми одобри продолжување на лекувањето во странство и/или да ми признае право на дополнителни трошоци за лекувањето во

_____

(се наведува здравствената установа, градот и државата)

Kërkoj që Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut, në bazë të dokumentacionit të bashkëngjitur në kërkesë, me aktvendim të më miratojë vazhdimin e mjekimit jashtë shtetit dhe/ose të më jepet e drejta e shpenzimeve shtesë për mjekim në

_____

(shënohet institucioni shëndetësor, qyteti dhe shteti)



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

Документација која во прилог на барањето ја приложува осигуреното лице:

а) за продолжување на лекувањето:
1.Предлог за продолжување на лекувањето од странската здравствена установа или приватната здравствена установа во РСМ со прилог медицинска документација или отпусно писмо[1];

б) за признавање на дополнителни трошоци:
1.Медицински извештај од странската здравствена установа или приватната здравствена установа во РСМ за текот на лекувањето[1];
3.Фактура или сметка за купен лек набавен според предлог во отпусното писмо од странската здравствена установа неопходен за периодот до враќањето во РСМ[1];

в) за продолжување на лекувањето и за признавање на дополнителни трошоци:
1.Предлог за продолжување на лекувањето од странската здравствена установа или приватната здравствена установа во РСМ со прилог медицинска документација или отпусно писмо[1];
2.Фактура со доказ за лично плаќање на дополнителните трошоци1);
3.Фактура или сметка за купен лек набавен според предлог во отпусното писмо од странската здравствена установа неопходен за периодот до враќањето во РСМ[1];

Dokumentacioni të cilin i siguruari ia bashkëngjit kërkesës:

a) për vazhdim të mjekimit:
1. Propozimi i vazhdimit të mjekimit nga institucioni i huaj shëndetësor ose institucioni privat i huaj në RMV me dokumentacion mjekësor ose fletëlëshim[1];

b) për vlerësim të shpenzimeve shtesë:
1. Raporti mjekësor nga institucioni i huaj shëndetësor ose institucioni shëndetësor privat në RMV për periudhën e mjekimit[1];
2. Faturë me dëshmi për pagesë personale të shpenzimeve shtesë[1];
3. Faturë ose llogari për barin e furnizuar sipas propozimit në fletën e lëshimit nga institucioni i huaj shëndetësor, i domosdoshëm për periudhën deri në momentin e kthimit në RMV[1];

c) për vazhdim të mjekimit dhe për vlerësim të shpenzimeve shtesë:
1. Propozimi i vazhdimit të mjekimit nga institucioni i huaj shëndetësor ose institucioni privat shëndetësor në RMV me dokumentacion mjekësor të bashkëngjitur ose fletëlëshim[1];
2. Faturë me dëshmi për pagesë personale të shpenzimeve shtesë [1];
3. Faturë ose llogari për barin e furnizuar sipas propozimit në fletën e lëshimit nga institucioni i huaj shëndetësor, i domosdoshëm për periudhën deri në momentin e kthimit në RMV[1];

Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut
Адреса: Ул. „Македонија", бр. 5, 1000 Скопје
Adresa: Rr. "Maqedonia", nr. 5, 1000 Shkup
Тел/Tel: 02/3289-000
Факс/Faks: 02/3289-048
e-mail: info@fzo.org.mk
www.fzo.org.mk

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

Документација која ФЗОРСМ може да ја обезбеди по службена должност:	Dokumentacion të cilin FSSHRMV-ja mund ta sigurojë sipas detyrës zyrtare:
1. Профактура за дополнителните трошоци од странска здравствена установа или приватна здравствена установа во РСМ.	1. Faturë e përkohshme e shpenzimeve shtesë nga institucioni i huaj shëndetësor ose institucioni privat shëndetësor në RMV.

[1] ***Документацијата од странската здравствена установа задолжително се доставува со превод на македонски јазик од овластен преведувач.***
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.

[1] ***Dokumentacioni nga institucioni i huaj shëndetësor detyrimisht dorëzohet me përkthim në gjuhën maqedonase nga përkthyes i autorizuar.***
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 parashtrimit:

Подносител на барањето:
Parashtruesi i kërkesës:



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

Образец на барање Л3
Formulari i kërkesës M3

БАРАЊЕ/KËRKESË

за надомест на средства за извршени здравствени услуги во странство - итен случај
e kompensimit të mjeteve të shërbimeve mjekësore të kyera në shtet të huaj – rast urgjent

Од осигурени.ог _____(за член на семејство)_____
Nga i siguruar_____ (për anëtarin e 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 siguruarit (bartësit) (ose) Numri i vetëm shëndetësor i të siguruarit	
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот) NVAQ i të siguruarit (i anëtarit të familjes) (ose) Numri i vetëm shëndetësor i të siguruarit (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 да ми ги надомести направените трошоци за извршени здравствени услуги за време на престојот во _____

(се наведува здравствената установа, градот и државата)

во периодот од _____ до _____ година.

Kërkoj nga Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut – Shërbimi rajonal _____, në bazë të dokumentacionit të bashkëngjitur në kërkesë të m'i kompensojë shpenzimet e bëra për shërbimet e kryera shëndetësore gjatë qëndrimit në _____

(shënohet institucioni shëndetësor, qyteti dhe shteti)

në periudhën prej _____deri më _____.

Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut
Адреса: Ул. „Македонија", бр. 5, 1000 Скопје
Adresa: Rr. "Maqedonia", nr. 5, 1000 Shkup
Тел/Tel: 02/3289-000
Факс/Faks: 02/3289-048
e-mail: info@fzo.org.mk
www.fzo.org.mk

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

Кон барањето ја приложувам следната документација:	**Kërkesës ia bashkëngjit dokumentacionin vijues:**
1. Медицинска документација за извршените здравствени услуги во странство преведена од овластен преведувач;	1. Dokumentacioni mjekësor për shërbimet e kryera shëndetësore në shtetin e huaj, i përkthyer nga përkthyes i autorizuar;
2. Сметки/фактури со доказ за плаќање за платените здравствени услуги преведени од овластен преведувач;	2. Llogari/faturë me dëshmi pagese të shërbimeve të kryera shëndetësore, të përkthyera nga përkthyes i autorizuar;
3. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.	3. Dëshmi e llogarisë së transaksionit të parashtruesit të kërkesës.

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:

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

Адреса: Ул. „Македонија“, бр. 5, 1000 Скопје
Adresa: Rr. "Maqedonia", nr. 5, 1000 Shkup

Тел/Tel: 02/3289-000
Факс/Faks: 02/3289-048
e-mail: info@fzo.org.mk
www.fzo.org.mk



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

Образец на барање Л4
Formulari i kërkesës M4

БАРАЊЕ/KËRKESË

за контролен преглед во странство по извршено болничко лекување во странство на товар на ФЗОРСМ
e ekzaminimit jashtë shtetit pas mjekimit të kryer shëndetësor jashtë shtetit, që i heq FSSHRMV-ja

Од осигуреникот _____ (за член на семејство) _____
Nga i siguruari _____ (për anëtarin e 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 siguruarit (bartësit) (ose) Numri i vetëm shëndetësor i të siguruarit	___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот) NVAQ i të siguruarit (i anëtarit të familjes) (ose) Numri i vetëm shëndetësor i të siguruarit (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, врз основа на приложената документација кон барањето со решение да ми одобри контролен преглед во странство по извршеното болничко лекување во странство на товар на ФЗОРСМ во

_____.

(се наведува здравствената установа, градот и државата)

Kërkoj që Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut, në bazë të dokumentacionit të bashkëngjitur në kërkesë, me aktvendim të më miratojë ekzaminim në shtet të huaj pas mjekimit të kryer spitalor në shtet të huaj, që i heq FSSHRMV-ja në

_____.

(shënohet institucioni shëndetësor, qyteti dhe shteti)

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

Адреса: Ул. „Македонија", бр. 5, 1000 Скопје
Adresa: Rr. "Maqedonia", nr. 5, 1000 Shkup

Тел/Tel: 02/3289-000
Факс/Faks: 02/3289-048
e-mail: info@fzo.org.mk
www.fzo.org.mk

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 контролен преглед во странство од соодветната универзитетска клиника во Скопје;
2. Медицинска документација за текот на лекувањето во странската здравствена установа[1)];
3. Медицинска документација за текот на лекувањето во здравствените установи во РСМ и
4. Предлог од странската здравствена установа за контролен преглед[1)].

Документација која ФЗОРСМ може да ја обезбеди по службена должност:

1. Профактура за контролен преглед од странската здравствена установа или приватна здравствена установа во РСМ.

Dokumentacioni të cilin i siguruar e bashkëngjit në kërkesë:

1. Propozimi i udhëzimit për ekzaminim në shtet të huaj nga klinika përkatëse universitare në Shkup;

2. Dokumentacioni mjekësor i rrjedhës së mjekimit në institucion të huaj shëndetësor[1)];
3. Dokumentacioni mjekësor i rrjedhës së mjekimit në institucionet shëndetësore në RMV dhe
4. Propozimi nga institucioni i huaj shëndetësor për ekzaminim[1)].

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

1. Faturë e përkohshme për ekzaminim nga institucioni i huaj shëndetësor ose institucioni privat shëndetësor në RMV.

[1)] Документацијата задолжително се доставува со превод на македонски јазик од овластен преведувач.
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.

[1)] Dokumentacioni detyrimisht dorëzohet me përkthim në gjuhën maqedonase nga përkthyes i autorizuar.
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 parashtrimit:

Подносител на барањето:
Parashtruesi i kërkesës:

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

Адреса: Ул. „Македонија", бр. 5, 1000 Скопје
Adresa: Rr. "Maqedonia", nr. 5, 1000 Shkup

Тел/Tel: 02/3289-000
Факс/Faks: 02/3289-048
e-mail: info@fzo.org.mk
www.fzo.org.mk

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

Образец на барање Л5
Formulari i kërkesës M5

БАРАЊЕ/KËRKESË

за надомест на средства за пренос на умрено лице при болничко лекување во странство на товар на ФЗОРСМ

e kompensimit të mjeteve për bartjen e të ndjerit gjatë shërimit mjekësor jashtë vendit, që i heq FSSHRMV-ja

Од осигуреникот _____ (за член на семејство)_____
Nga i siguruari _____ (për anëtarin e 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 siguruarit (bartësit) (ose) Numri i vetëm shëndetësor i të siguruarit	
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот) NVAQ i të siguruarit (i anëtarit të familjes) (ose) Numri i vetëm shëndetësor i të siguruarit (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, врз основа на приложената документација кон барањето да ми ги надомести направените трошоци за пренос на умрено лице при болничко лекување во странство на товар на ФЗОРСМ, одобрено со решение бр. _____ од _____._____.20____ година, во_____

(се наведува здравствената установа, градот и државата)

Kërkoj që Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut, në bazë të dokumentacionit të bashkëngjitur në kërkesë, të m'i kompensojë shpenzimet e bëra për bartjen e të ndjerit gjatë shërimit mjekësor jashtë vendit, që i heq FSSHRMV-ja, miratuar me aktvendim nr._____ nga _____._____.20_____ në _____

(shënohet institucioni shëndetësor, qyteti dhe shteti)

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. Отпусно писмо од странската здравствена установа[1)];
2. Потврда за смрт од странската здравствена установа[1)];
3. Дозвола за пренос на умрено лице издадена од надлежен орган во странската земја[1)];
4. Извод од матична книга на умрените од странската земја[1)];
5. Фактура со доказ за лично плаќање на трошоците за извршениот пренос на умрено лице[1)]и
6. Доказ за трансакциската сметка на подносителот на барањето.

Dokumentacioni të cilin i siguruari ia bashkëngjit kërkesës:

1. Fletëlëshim nga institucioni i huaj shëndetësor[1)];
2. Certifikatë e vdekjes nga institucioni i huaj shëndetësor[1)];
3. Leje e transportit të personit të vdekur, e lëshuar nga autoriteti kompetent në shtetin e huaj[1)];
4. Certifikatë nga libri amzë i të vdekurve nga vendi i huaj[1)];
5. Faturë me vërtetimin e pagesës personale të shpenzimeve për transportin e kryer të personit të vdekur[1)], dhe
6. Dëshmi e llogarisë së transaksionit të parashtruesit të kërkesës.

Документација која ФЗОРСМ може да ја обезбеди по службена должност:

1. Извод од матична книга на умрените од Република Северна Македонија.

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

1. Certifikatë nga libri amzë i të vdekurve nga Republika e Maqedonisë së Veriut.

[1)]Документацијата задолжително се доставува со превод на македонски јазик од овластен преведувач.
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.

[1)] Dokumentacioni detyrimisht dorëzohet me përkthim në gjuhën maqedonase nga përkthyes i autorizuar.
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 parashtrimit:

Подносител на барањето:
Parashtruesi i kërkesës:



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

Образец на барање Д1
Formulari i kërkesës D1

БАРАЊЕ/KËRKESË

за издавање на двојазичен образец за работници упатени на привремена работа во држава со која РМ има склучено (преземено) Договор за социјално осигурување
e lëshimit të formularit dygjuhësh për punëtorët e dërguar në punë të përkohshme në shtetin me të cilin Republika e Maqedonisë së Veriut ka nënshkruar (marrë përsipër) marrëveshje sigurimi social

Од осигуреникот _____(за член на семејство)_____
Nga i siguruari _____(për anëtarin e 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 siguruarit (bartësit) (ose) Numri i vetëm shëndetësor i të siguruarit															
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот) NVAQ i të siguruarit (i anëtarit të familjes) (ose) Numri i vetëm shëndetësor i të siguruarit (i anëtarit)															
Вработен во/осигурен преку I punësuar në/I siguruar nëpërmjet															

Барам Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето да ми издаде двојазичен образец за користење на здравствени услуги во _____.

(се наведува здравствената установа, градот и државата)

Kërkoj që Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut – Shërbimi rajonal _____, në bazë të dokumentacionit të bashkëngjitur në kërkesë, të më lëshojë formular dygjuhësh për shfrytëzim të shërbimeve shëndetësore në _____.

(shënohet institucioni shëndetësor, qyteti dhe shteti)

Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut
Адреса: Ул. „Македонија", бр. 5, 1000 Скопје
Adresa: Rr. "Maqedonia", nr. 5, 1000 Shkup
Тел/Tel: 02/3289-000
Факс/Faks: 02/3289-048
e-mail: info@fzo.org.mk
www.fzo.org.mk

ФЗОРСМ
FSSHRMV

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

Документација која кон барањето ја приложува осигуреното лице:

1. Решение, односно акт, за упатување на осигуреникот на привремена работа во странство (оригинал);
2. Лекарско мислење за здравствената состојба на осигуреникот издадено од здравствена установа која врши дејност медицина на трудот (оригинал).

Документација која ФЗОМ може да ја обезбеду по службена должност:

1. Согласност за упатување на работници во странство издадена од органот на управата надлежен за работни односи (Министерството за труд и социјална политика)*;

Dokumentacionin që i siguruari ia bashkëngjit kërkesës:

1. Vendimin, përkatësisht aktin për ta dërguar të siguruarin në punë të përkohshme jashtë vendit (origjinal);
2. Mendimin mjekësor për gjendjen shëndetësore të të siguruarit, të lëshuar nga një institucion shëndetësor i cili kryen aktivitetin e mjekësisë së punës (origjinal).

Dokumentacioni të cilin FSSHM-ja mund ta sigurojë zyrtarisht:

1. Pëlqimin e dërgimit të punëtorëve në vend të huaj, lëshuar nga organi administrativ që është kompetent për marrëdhëniet e punës (Ministria e Punës dhe Politikës Sociale)*;

*Се однесува само за поднесено барање од осигуреник упатен на привремена работа во Германија.
Ka të bëjë vetëm me dorëzim kërkese nga i siguruari i dërguar në punë të përkohshme në Gjermani.

Го овластувам Фондот за здравствено осигурување на Македонија да ги искористи дадените податоци во барањето и во мое име да го побара документот.
E autorizoj Fondin e Sigurimit Shëndetësor të Maqedonisë që t'i shfrytëzojë të dhënat e ofruara 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 parashtrimit:

Подносител на барањето:
Parashtruesi i kërkesës:

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

Адреса: Ул. „Македонија", бр. 5, 1000 Скопје
Adresa: Rr. "Maqedonia", nr. 5, 1000 Shkup

Тел/Tel: 02/3289-000
Факс/Faks: 02/3289-048
e-mail: info@fzo.org.mk
www.fzo.org.mk



, 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/KËRKESË

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/telefini _____.

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

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: _____
(се наведува целта на патување)

Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut
Адреса: Ул. „Македонија", бр. 5, 1000 Скопје
Adresa: Rr." Maqedonia", nr. 5, 1000 Shkup
Тел/Tel: 02/3289-000
Факс/Faks: 02/3289-048
e-mail: info@fzo.org.mk
www.fzo.org.mk

ФЗОРСМ
FSSHRMV

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

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_____.

Документација која кон барањето ја приложува осигуреното лице:

1. Потврда за здравствената состојба, издадена од избраниот лекар (општ и гинеколог за жени);
2. 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).

Документација која ФЗОМ може да ја обезбеди по службена должност:

1. Мислење на лекарската комисија на ФЗОМ

Dokumentacionin që i siguruari ia bashkëngjit kërkesës:

1. Vërtetim i gjendjes shëndetësore, i lëshuar nga mjeku i zgjedhur (i përgjithshëm dhe gjinekolog për gratë);
2. 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).

Dokumentacioni të cilin FSSHM-ja mund ta sigurojë zyrtarisht:

1. Mendim i komisionit mjekësor të FSSHM-së

Го овластувам Фондот за здравствено осигурување на Македонија да ги искористи дадените податоци во барањето и во мое име да го побара документот.
E autorizoj Fondin e Sigurimit Shëndetësor të Maqedonisë që t'i shfrytëzojë të dhënat e ofruara 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 parashtrimit:

_____

Подносител на барањето:
Parashtruesi i kërkesës:

_____

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

Адреса: Ул. „Македонија", бр. 5, 1000 Скопје
Adresa: Rr." Maqedonia", nr. 5, 1000 Shkup

Тел/Tel: 02/3289-000
Факс/Faks: 02/3289-048
e-mail: info@fzo.org.mk
www.fzo.org.mk



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

Образец на барање ПП4/1
Formulari i kërkesës QP4/1

БАРАЊЕ/KËRKESË

за издавање на двојазичен образец за престанок на претходно дадено право на здравствено осигурување за време на постојан престој (живеење) во држава со која РСМ има склучено (преземено) Договор за социјално осигурување

e lëshimit të formularit dygjuhësh për ndërprerjen e të drejtës paraprake të sigurimit shëndetësor gjatë qëndrimit të përhershëm (jetesës) në shtetin me të cilin RMV-ja ka nënshkruar (marrë përsipër) Kontratë sigurimi social

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 ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот Numri i librezës shëndetësore NVAQ i të siguruarit (bartësit) (ose) Numri i vetëm shëndetësor i të siguruarit				-							-					
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот) NVAQ i të siguruarit (i anëtarit të familjes) (ose) Numri i vetëm shëndetësor i të siguruarit (i anëtarit)																
Вработен во/осигурен преку I punësuar në/I siguruar nëpërmjet																

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 престанок на претходно даденото право на здравствено осигурување за време на постојан престој (живеење) во _____
(Образец на барање

(се наведува странската држава)

ПП4) со ден ___.___.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

ФЗОРСМ
FSSHRMV

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

dhe/ose ☐ anëtar i familjes, të lëshojë formular dygjuhësh për ndërprerjen e të drejtës paraprake të sigurimit shëndetësor gjatë qëndrimit të përhershëm (jetesës) në _____ (Formulari i kërkesës QP4)
(shënohet shteti i huaj)
duke filluar nga ____.____. 20____.

Документација која кон барањето ја приложува осигуреното лице:
1.Потврда за остварено право на здравствено осигурување од странска држава;

Документација која ФЗОМ може да ја обезбеду по службена должност:
1. Потврда за пријава со постојано место на живеење од РСМ, издадена од МВР;
2. Извод од матичната книга на умрените;
3. Извод од матичната книга на разведените;

Dokumentacionin që i siguruari ia bashkëngjit kërkesës:
1. Vërtetim i realzimit të të drejtës së sigurimit social në shtetin e jashtëm.

Dokumentacioni të cilin FSSHM-ja mund ta sigurojë zyrtarisht:
1. Vërtetim i regjistrimit të vendbanimit të përhershëm në RMV, lëshuar nga MPB-ja;
2. Certifikatë nga libri amzë i të vdekurve;
3. Certifikatë nga libri amzë i të shkurorëzuarve;

Го овластувам Фондот за здравствено осигурување на Македонија да ги искористи дадените податоци во барањето и во мое име да го побара документот.
E autorizoj Fondin e Sigurimit Shëndetësor të Maqedonisë që t'i shfrytëzojë të dhënat e ofruara 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: Подносител на барањето:

Vendi dhe data e parashtrimit: Parashtruesi i kërkesës:

_____ _____

Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut
Адреса: Ул. „Македонија", бр. 5, 1000 Скопје
Adresa: Rr." Maqedonia", nr. 5, 1000 Shkup
Тел/Tel: 02/3289-000
Факс/Faks: 02/3289-048
e-mail: info@fzo.org.mk
www.fzo.org.mk



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

Образец на барање ПП4
Formulari i kërkesës QP4

БАРАЊЕ/KËRKESË

за издавање на двојазичен образец за остварување на право на здравствено осигурување за време на постојан престој (живеење) во држава со која РСМ има склучено (преземено) Договор за социјално осигурување

e lëshimit të formularit dygjuhësh për realizimin e të drejtës së sigurimit shëndetësor gjatë qëndrimit të përhershëm (jetesës) në shtetin me të cilin RMV-ja ka nënshkruar (marrë përsipër) Kontratë sigurimi social

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 ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот Numri i librezës shëndetësore NVAQ i të siguruarit (bartësit) (ose) Numri i vetëm shëndetësor i të siguruarit				-							-			
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот) NVAQ i të siguruarit (i anëtarit të familjes) (ose) Numri i vetëm shëndetësor i të siguruarit (i anëtarit)														
Вработен во/осигурен преку I punësuar në/I siguruar nëpërmjet														

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 постојан престој (живеење) во _____ почнувајќи од ___.___.20___год. или за период од
(се наведува странската држава)
___.___.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 përhershëm (jetesës) në _____
(shënohet shteti i huaj)

Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut
Адреса: Ул. „Македонија", бр. 5, 1000 Скопје
Adresa: Rr." Maqedonia", nr. 5, 1000 Shkup
Тел/Tel: 02/3289-000
Факс/Faks: 02/3289-048
e-mail: info@fzo.org.mk
www.fzo.org.mk



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

duke filluar nga ____.____. 20____ose për periudhën nga ___.___ .20___ deri më ___.___ .20____.

Документација која кон барањето ја приложува осигуреното лице:

1.Уверение за престиој или потврда за пријава со постојано место на живеење во странската држава, издадено од странската држава;

Документација која ФЗОМ може да ја обезбеду по службена должност:

1. Потврда за одјава со постојано место на живеење од РСМ, издадена од МВР;
2. Извод од матичната книга на родените;
3. Извод од матичната книга на венчаните;
4. Доказ од Фондот за пензиско инвалидско осигурување на РМ за остварување на право на пензија од РМ и/или од странска држава.*

Dokumentacionin që i siguruari ia bashkëngjit kërkesës:

1. Vërtetim qëndrimi ose dëshmi e paraqitjes me vendbanim të përhershëm në shtet të jashtëm, lëshuar nga shteti i jashtëm.

Dokumentacioni të cilin FSSHM-ja mund ta sigurojë zyrtarisht:

1. Vërtetim i çregjistrimit nga vendbanimi i përhershëm në RMV, lëshuar nga MPB-ja;
2. Certifikatë nga libri amzë i të lindurve;
3. Certifikatë nga libri amzë i të kurorëzuarve;
4. Dëshmi nga Fondi i Sigurimit Pensional Invalidor i RM-së për realizimin e të drejtës së pensionit në RM dhe/ose në shtetin e jashtëm.*

*Се однесува само во случај на поднесено барање од пензионер и/или од член на неговото семејство.
Ka të bëjë vetëm në rast të dorëzimit të kërkesës nga pensionisti dhe/ose anëtari i familjes së tij.

Го овластувам Фондот за здравствено осигурување на Македонија да ги искористи дадените податоци во барањето и во мое име да го побара документот.
E autorizoj Fondin e Sigurimit Shëndetësor të Maqedonisë që t'i shfrytëzojë të dhënat e ofruara 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 parashtrimit:

Подносител на барањето:
Parashtruesi i kërkesës:

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

Адреса: Ул. „Македонија", бр. 5, 1000 Скопје
Adresa: Rr." Maqedonia", nr. 5, 1000 Shkup

Тел/Tel: 02/3289-000
Факс/Faks: 02/3289-048
e-mail: info@fzo.org.mk
www.fzo.org.mk