НАДОМЕСТОК НА ПЛАТА ПОРАДИ БОЛЕСТ/ПОВРЕДА/НЕГА

Институција што го издава документот: Фонд за здравствено осигурување на РМ

Опис: Право на надоместок на плата за време на привремена спреченост заработа поради болест и повреда можат да остварат осигурениците во случај на болест и повреда надвор од работа; повреда на работа и професионална болест; лекување и медицинско испитување; негување на болно дете до тригодишна возраст; негување на болен член на потесно семејство над тригодишнавозраст, но најмногу до 30 дена; неопходно придружување на болно лице упатено на преглед или лекување надвор од местото на живеење; неопходно придружување на болно дете до тригодишна возраст додека е на болничко лекување, но најмногу до 30 дена; доброволно давање на крв, ткиво или орган иизолираност заради спречување на зараза.

Потребна документација:

- 1.Образец на барање Н1 (на шалтер);
- **2**. Извештај за привремена спреченост за работа- образец ИСР од избран лекар;
- 3. Наод оценка и мислење од лекарската комисија;
- 4. Изјава заверена на нотар за трансакциските сметки на правното лице и копија од изводи за промет и состојба на трансакциските сметки (само за правно лице со еден вработен);
- 5. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.

Барањето - Образецот Н1 се пополнува во два идентични примерока, на кои се втиснува приемен штембил со број и датум од страна на архиварот. Едниот примерок со документите во

прилог го задржува Архивата на Подрачната служба на ФЗОМ, а другиот примерок го задржува подносителот на барањето.

ВАЖНО:Кон едниот примерок од Барањето - Образец Н1 во прилог се доставува дел од или цела документација наведена во образецот, и тоа задолжително се означува документацијата која се доставува со заокружување на редниот број пред називот на документацијата.На крајот, на празните линии, се впишува местото и датумот на поднесување на барањето, и потписот на подносителот на барањето.



ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Образец на барање <u>**H1**</u>

БАРАЊЕ

за надоместок на плата поради болест/нега

1.Од осигуреникот	од населено место
ул	бртелефон и
е-mail адреса	
Број на здравствена легитимација	
ЕМБГ на осигуреникот	
(или) Единствен здравствен број на осигуреникот	
Вработен во	
/	A 100
Број на трансакциска сметка	
врој на трансакциска сметка	
2.Од овластено лице	co e-mail адреса
Единствен здравствен број на овластеното лице	
/3/4	
Назив на фирмата	
работа поради	на плата за време ва привремена спреченост за
V 6	annia (an anniaman)
Кон барањето ја приложувам следната документ 1. Извештај за привремена спреченост за работ	
2. Наод оценка и мислење од лекарската комис	
	метки на правното лице и копија од изводи за
промет и состојба на трансакциските сметки (
4. Доказ за трансакциска сметка на подноситело	
1) само за издадени наод,оценка и мислење од лекарската	комисија за период пред 2014 година.
Со пополнување на ова барање се согласувам моите лични	податоци и податоците за членовите на моето семејство да се
	ье и користење на здравствена заштита и истите да се користат
согласно прописите на Законот за заштита на личните подато	ци
Место и датум на поднесување:	Подносител на барањето: