
(prezime i ime osiguranika)

Mjesto, ulica i broj

FEDERALNI ZAVOD ZA PENZIJSKO/MIROVINSKO
I INVALIDSKO OSIGURANJE MOSTAR
KANTONALNA/ŽUPANIJSKA ADMINISTRATIVNA
SLUŽBA U _____

**ZAHTJEV
ZA OSTVARIVANJE PRAVA IZ PENZIJSKOG/MIROVINSKOG
I INVALIDSKOG OSIGURANJA**

Molim da mi se prizna pravo:

1. Na invalidsku penziju/mirovinu po osnovu:

- a) gubitka radne sposobnosti - I. kategorija invalidnosti:
- b) potpune nesposobnosti za obavljanje poljoprivredne djelatnosti
- c) potpune nesposobnosti za privređivanje (dobrovoljno osiguranje),

2. Po osnovu promjenjene radne sposobnosti

- II. kategorija invalidnosti

3. Na porodičnu penziju/mirovinu po osnovu:

- a) potpune nesposobnosti za privređivanje (udovac, udovica)
- b) nesposobnosti za samostalan život i rad prije 15. godine života (dijete)
- c) nesposobnosti za privređivanje nakon 15. godine života (dijete)

4. Na novčanu naknadu po osnovu fizičke onesposobljenosti.

Uz zahtjev prilažem medicinsku i radnu dokumentaciju.

U _____

Dana, _____

Podnosilac zahtjeva

(prezime i ime osiguranika)

(adresa: mjesto, ulica i broj)

MB/OB: _____

U cilju ostvarivanja prava po osnovu invalidnosti, na zahtjev Federalnog zavoda za penzijsko/mirovinsko i invalidsko osiguranje Mostar, Kantonalne/Županijske administrativne službe u _____, dajem slijedeću

I Z J A V U

Izjavljujem da sam do dana prestanka radnog odnosa _____ godine, radio-la na poslovima

(naziv radnog mjesta i kvalifikacija koja se traži)

u organizaciji (navesti preduzeće, drugo pravno lice, poslodavca):

Kratak opis poslova: _____

Izjavu sam dao-la svjestan moralne, materijalne i druge odgovornosti, te odgovaram za tačnost datih podataka.

Napomena:

1. Poslodavac ne postoji
2. Poslodavac postoji, ali ne želi popuniti P3 obrazac (opis poslova).

U _____ 20____. godine

Mjesto datum

Izjavu dao-la:

(ime i prezime)

Da je imenovani-na izjavu svojeručno potpisao-la, tvrdi i ovjerava:

M.P.

Potpis ovlaštenog lica

(ime i prezime)

(puni naziv zdravstvene ustanove)

(sjedište zdravstvene ustanove)

**FEDERALNI ZAVOD ZA PENZIJSKO/MIROVINSKO
I INVALIDSKO OSIGURANJE MOSTAR
KANTONALNA/ŽUPANIJSKA ADMINISTRATIVNA
SLUŽBA U _____**

Na osnovu člana 97. Zakona o penzijskom/mirovinskim i invalidskom osiguranju („Službene novine Federacije BiH“, broj 13/18) podnosi se sljedeći:

ZAHTJEV

ZA OSTVARIVANJE PRAVA PO OSNOVU INVALIDNOSTI

Za osiguranika kome se pružaju zdravstvene usluge u :

(naziv ambulate porodične/obiteljske medicine / zdravstvene ustanove i doktora primarne zdravstvene zaštite)

Ime, ime jednog roditelja i prezime osiguranika: _____

Adresa osiguranika: _____
(ulica broj , poštanski broj i mjesto)

JMB: _____, MB/OB osiguranika: _____

Radno mjesto: _____
(naziv poslodavca, samostalne djelatnosti ili dr.)

Poslovi koje obavlja: _____ Stručna sprema: _____

Uz zahtjev se prilaže sljedeća dokumentacija: _____

U _____
Dana, _____

Nadležni doktor medicine
primarne zdravstvene zaštite:

M.P. _____

(puni naziv poslodavca i ID broj)

(sjedište poslodavca)

**FEDERALNI ZAVOD ZA PENZIJSKO/MIROVINSKO
I INVALIDSKO OSIGURANJE MOSTAR
KANTONALNA/ŽUPANIJSKA ADMINISTRATIVNA
SLUŽBA U _____**

Na osnovu člana 97. Zakona o penzijskom/mirovinskim i invalidskom osiguranju („Službene novine Federacije BiH“ broj 13/18) podnosi se slijedeći:

ZAHTJEV ZA OSTVARIVANJE PRAVA PO OSNOVU INVALIDNOSTI

Za radnika: _____
(ime, ime jednog roditelja i prezime)

Adresa radnika: _____
(ulica i broj , poštanski broj i mjesto)

JMB: _____, MB/OB osiguranika: _____

Poslovi koje obavlja: _____ Stručna sprema: _____,

Uz zahtjev se prilaže saglasnost sindikata, dokaz o uplati troškova medicinskog vještačenja zdravstvenog stanja i slijedeća dokumentacija:

U _____

Dana, _____

Naziv poslodavca i potpis odgovorne osobe:

M.P. _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Matični broj osiguranika

Mjesto.....

INSTITUT ZA MEDICINSKO VJEŠTAČENJE
ZDRAVSTVENOG STANJA

Datum.....

Broj.....

Odjeljenje za prvostepeni postupak u.....

ZAHTEJEV

ZA DONOŠENJE NALAZA, OCJENE I MIŠLJENJA

A. LIČNI PODACI O OSIGURANIKU

1. Ime, očevo ime i prezime _____

2. Dan, mjesec i godina rođenja _____

3. Pol _____ 4. Broj osobne/lične karte _____ 5. JMBG

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Adresa prebivališta _____

7. Poslovi koje obavlja-radno mjesto _____ 8. Stručna sprema _____

9. Ukupan mirovinski/penzijski staž _____ 10. Staž osiguranika po konvencijama _____

(poslove koje sada obavlja osiguranik
odnosno koje je zadnje obavljao)

11. Svojstvo osiguranika _____

(zaposlenik u radnom odnosu, osiguranik samostalnih djelatnosti, osiguranik u dobrovoljnom
osiguranju - zemljoradnik - korisnik mirovine/penzije - član porodice - ostali)

12. Da li je ranije vršeno ocjenjivanje _____

(ako je vršeno navesti datum i rezultat ocjene)

13. Da li postoji invaliditet po drugom osnovu _____

(ratni - mirnodopski-civilni)

B. ZAHTEJEV ZA DONOŠENJE NALAZA, OCJENE I MIŠLJENJA PODNOSI SE RADI:

- Ocjenjivanja radne sposobnosti osiguranika
- Utvrđivanja potpune nesposobnosti za obavljanje poljoprivredne djelatnosti
- Utvrđivanja potpune nesposobnosti za privređivanje
 - Dobrovoljno osiguranje
 - Za člana porodice (udovac, udovica)
- Utvrđivanja nesposobnosti za samostalan život i rad prije 15. godine života (dijete)
- Utvrđivanja nesposobnosti za privređivanje nakon 15. godine života (dijete)
- Utvrđivanja fizičke onesposobljenosti

C. UTVRĐIVANJE DRUGIH ČINJENICA:

Prilog:

Potpis ovlaštenog lica

M.P. _____

(puni naziv zdravstvene ustanove)

(sjedište zdravstvene ustanove)

Broj zdravstvenog kartona _____

OBAVJEŠTENJE
IZABRANOG DOKTORA MEDICINE PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

A.LIČNI PODACI O OSIGURANIKU

1.Ime, očevo ime i prezime _____

2.Dan, mjesec i godina rođenja _____

3.Pol _____ 4.Broj osobne/lične karte _____

5.Adresa prebivališta _____
(mjesto, ulica i broj i naziv pošte)

B.PODACI O STATUSU OSIGURANIKA

Privremena spriječenost za rad (bolovanje) od _____ do _____ po istoj dijagnozi
(dijagnoza _____)

Privremena spriječenost za rad (bolovanje) od _____ do _____ po promijenjenoj dijagnozi
(dijagnoza _____)

C.PODACI O LIJEČENJU I MEDICINSKOJ REHABILITACIJI

1.Bolničko liječenje (naziv zdravstvene ustanove i trajanje)

2.Ambulantno liječenje (trajanje)

3.Medicinska rehabilitacija (naziv zdravstvene ustanove i vrijeme rehabilitacije)

Napomena:

Potpis i pečat ovlaštenog ljekara

M.P.

(Poduzeće/preduzeće i drugo pravno lice)

Mjesto _____

Datum _____

Broj _____

PODACI O RADNOM MJESTU OSIGURANIKA

A. LIČNI PODACI O OSIGURANIKU

1. Ime, očovo ime i prezime _____

3. Dan, mjesec i godina rođenja _____

3. Pol _____ 4. Broj osobne/lične karte _____

5. Adresa prebivališta _____

(mjesto, ulica, broj i naziv pošte)

B. PODACI O RADNOM MJESTU

1. Poslovi radnog mjesta na koje je osiguranik raspoređen i koje obavlja _____

--	--	--	--

2. Stručna sprema _____
(navesti stručnu spremu koja se traži za obavljanje poslova radnog mjesta)

3. Grana djelatnosti _____

--	--	--	--	--	--

C. TEHNIČKO-TEHNOLOŠKE KARAKTERISTIKE POSLOVA RADNOG MJESTA KOJE OSIGURANIK OBAVLJA

(sažet opis poslova radnog mjesta sa trajanjem u satima i minutama, sirovine i materijal, sredstva rada-ručni, mehanički i mašinski alat, mašine, uređaji, vozila, pribor za mjerenje i kontrolu, druga sredstva rada)

D. ORGANIZACIJA RADA (podcrtati)

Grupa poslova: individualni ručni rad—lančano povezan ručni rad—mašinski rad-rukovanje, transportnim i saobraćajnim sredstvima—opšti poslovi—stručni poslovi—poslovi rukovođenja—naučno istraživački rad.

Vrsta poslova: slični poslovi – različiti poslovi—ponavljajući poslovi,

Režim rada: režija individualna norma—grupna norma.

Ritam rada: slobodan—djelimično određen—strogo određen.

Rad u smjenam: 1,2,3,4 smjena – rad u turnusima.

Rad sa strankama: stalan – povremen, rad na terenu, stalan – povremen.

Rad sa eksplozivnim: stalan – povremen.

Rad sa eksplozivnim – vrelim – vrućim – zapaljivim materijama – staln – povremen.

Rad na terminalu – na pisačoj mašini – pod izolacionim aparatom – čuvanjem imovine i lica oružjem: stalan – povremen.

Dnevna ekspozicija _____ sati.

9. Zračenje – prosječna dnevna ekspozicija _____ sati.

- a) Nejonizirajuća (laserska, mikrotalasna, radiotalasna, infracrvena, ultraljubičasta)
b) Jonizirajuća _____

10. Dopuna podataka iz tačke E. Područje uslova rada.

F. ZAHTEVI U POGLEDU FIZIČKOG I PSIHIČKOG OPTEREĆENJA PRI RADU

1. Tjelesne aktivnosti:

- rad iziskuje (prosječno u satima) stajanje _____ sjedenje _____ hodanje _____ po ravnom – s usponom
- sa spuštanjem – sa silaženjem – sa penjanjem – na kat – na ljestvama, čučanje _____ klečanje
_____ puzanje _____ ležanje _____ saginjanje _____, prinudni položaj tjela
_____ trčanje _____ bacanje _____ zaokretanje trupa _____ balansiranje _____
dizanje tereta od _____ do _____ kg u punom radnom vremenu – povremeno – izuzetno, prenosi teret od _____
do _____ kg po ravnom – stepenicama – stalno, povremeno, dugo navesti: _____

2. Posebne sposobnosti (podcrtati): opšta tjelesna spretnost – spretnost prstiju, spretnost ruku, koordinacija pokreta ruku – jasno razlikovanje udaljenih predmeta – vid na daljinu – stereoskopski vid – razlikovanje boja – adaptacija na tamu – lokalizacija zvuka – razlikovanje zvuka – održavanje ravnoteže – kooperativnost – saradnja – miris – ukus – osjećaj pipanjem – razgovjetan govor – lakoća sporazumijevanja – opšta snalažljivost – kreativnost – inicijativa – samostalnost – rukovođenje, druge aktivnosti, koje:

	Laki rad	Umjereno teški	Teški	Vrlo teški
3. Težina fizičkog rada (prosječno u satima)	_____	_____	_____	_____

4. Dopuna podataka iz tačke F. Područja zahtjeva.

G. POSEBNI UVJETI RADA I POSEBNE MJERE ZAŠTITE NA RADU

P R I L O G:

1. Izvod iz analize radnog mjesta (po potrebi)

Potpis osiguranika

M.P.

Potpis ovlaštenog lica

(JMB) _____

Datum prijema zahtjeva _____
Datum ocjene _____ KAS _____
Prvi put utvrđena invalidnost _____ Godina _____ Rezultat _____
Vrsta ocjene _____
Broj _____
(mb osiguranika) _____
Grana djelatnosti _____
Osnov osiguranja _____

Na osnovu Zakona o penzijskom/mirovinskom i invalidskom ("Službene novine Federacije BiH", broj: 13/18) stručni organ u prvom stepenu, donosi:

NALAZ, OCJENU I MIŠLJENJE

(SA/BEZ PREGLEDA)

A. LIČNI PODACI O OSIGURANIKU

1. Ime, očevo ime i prezime _____
2. Dan, mjesec i godina rođenja _____
3. Pol _____ 4. Broj osobne/lične karte _____
4. Adresa prebivališta _____
(mjesto, ulica, broj i naziv pošte)
6. Stručna sprema _____ 7. Ukupan mirovinski/
penzijski _____ 7.a Pripadnost armiji _____ 8. Staž osiguranja _____
po konvencijama

Poslovi radnog mjesta za koje se ocjenjuje radna sposobnost:

B. PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU

B.1. ANAMNEZA

B.2. MEDICINSKA DOKUMENTACIJA

C. **DIJAGNOZA** Osnovna _____ Prateća _____

D. **OCJENA I MIŠLJENJE** _____

E. **DATUM NASTANKA INVALIDNOSTI** _____

F. **UZROK INVALIDNOSTI** _____

G. **MIŠLJEJE O POTREBI PONOVOG PREGLEDA** _____

H. **NAPOMENA**

Ljekar –kontrolor
(pečat i potpis)

Stručni organ u prvom stepenu
(pečat i potpis)

Stručni organ u prvom stepenu
(pečat i potpis)

DOSTAVLJENO:

1. Organu nadležnom za rješavanje o pravima iz mirovinskog/penzijskog i invalidskog osiguranja;
2. Arhivi

(mb osiguranika)

(JMB)

Grana djelatnosti

Datum prijema zahtjeva _____

Osnov osiguranja _____

Datum ocjene _____

KAS _____

Prvi put utvrđena invalidnost _____

Vrsta ocjene _____

Godina Rezultat

Na osnovu Zakona o penzijskom/mirovinskom i invalidskom osiguranju ("Službene novine Federacije BiH", broj: 13/18) stručni organ u prvom stepenu, donosi:

**NALAZ, OCJENU I MIŠLJENJE
O FIZIČKOJ ONESPOSOBLJENOSTI**

(SA/BEZ PREGLEDA)

A. LIČNI PODACI O OSIGURANIKU

1. Ime, očevo ime i prezime _____

2. Dan, mjesec i godina rođenja _____

3. Pol _____ 4. Broj osobne/lične karte _____

4. Adresa prebivališta _____

(mjesto, ulica, broj i naziv pošte)

6. Stručna sprema _____ 7. Ukupan mirovinski/
penzijski _____ 7.a Pripadnost 8. Staž osiguranja _____
armiji po konvencijama

9. Radni status _____

Poslovi radnog mjesta za koje se ocjenjuje radna sposobnost:

B. PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU

(kratki podaci o povredi na radu ili nastanku profesionalne bolesti, medicinska adokumentacija, ostala dokumentacija, klinički nalazi)

C. DIJAGNOZA Osnovna _____ Prateća _____

D. OCJENA I MIŠLJENJE _____

E. DATUM NASTANKA FIZIČKE ONESPOSOBLJENOSTI _____

F. UZROK FIZIČKE ONESPOSOBLJENOSTI _____

G. MIŠLJENJE O POTREBI PONOVOG PREGLEDA _____

H. NAPOMENA

 Ljekar –kontrolor
 (pečat i potpis)

 Stručni organ u prvom stepenu
 (pečat i potpis)

 Stručni organ u prvom stepenu
 (pečat i potpis)

DOSTAVLJENO:

1. Organu nadležnom za rješavanje o pravima iz mirovinskog/penzijskog i invalidskog osiguranja;
2. Arhivi

FEDERALNI ZAVOD ZA PIO/MIO MOSTAR
SEKTOR ZA SISTEM I SPROVOĐENJE PRAVA IZ PIO/MIO
ODJELJENJE ZA RJEŠAVANJE O PRAVIMA IZ PIO/MIO
U DRUGOM STEPENU

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Matični broj osiguranika

Sarajevo,
Datum, _____ godine

INSTITUT ZA MEDICINSKO VJEŠTAČENJE ZDRAVSTVENOG STANJA, SARAJEVO

Odjeljenju za drugostepeni postupak medicinskog vještačenja u Sarajevu

ZAHTJEV

Za ispitivanje pravilnosti nalaza, ocjene i mišljenja Odjeljenja za prvostepeni postupak medicinskog vještačenja

A. LIČNI PODACI O OSIGURANIKU

1. Ime, očevo ime i prezime _____

2. Dan, mjesec i godina rođenja _____

3. Pol _____ 4. Broj lične karte _____ 5. JMBG

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Adresa prebivališta _____

B. POSLOVI RADNOG MJESTA I STRUČNA SPREMA ZA KOJE SE OCJENJUJE RADNA SPOSOBNOST –
PREISPITUJE NALAZ, OCJENA I MIŠLJENJE

C. BITNI NAVODI ŽALBE

D. ČINJENICE KOJE TREBA UTVRDITI ODNOSNO ISPITATI

M.P.

Potpis ovlaštenog lica:

Broj _____

JMB _____

MB osiguranika _____

Stručni organ u drugom stepenu _____

Datum prijema žalbe _____

Datum ocjene _____

Broj _____

Datum posljednje
ocjene i rezultat _____

Na osnovu Zakona o penzijskom/mirovinskom i invalidskom osiguranju („Službene novine Federacije BiH“, broj: 13/18) stručni organ u drugom stepenu, donosi:

NALAZ, OCJENU I MIŠLJENJE

(SA/BEZ PREGLEDA)

A. LIČNI PODACI O OSIGURANIKU

1. Ime, očevo ime i prezime _____

2. Broj osobne/lične karte _____ 3. Dan, mjesec i godina rođenja _____ 4. Pol _____

5. Adresa prebivališta _____
(mjesto, ulica, broj i naziv pošte)

Poslovi radnog mjesta za koje se ocjenjuje radna sposobnost:

B. REZULTAT OCJENE STRUČNOG ORGANA U PRVOM STEPENU

C. BITNI NAVODI ŽALBE

D. MEDICINSKA DOKUMENTACIJA

E. STATUS

F. DIJAGNOZA Osnovna _____ Prateća _____

G. NALAZ, OCJENA I MIŠLJENJE

H. OBRAZLOŽENJE NALAZA, OCJENE I MIŠLJENJA

I. NAPOMENA

Ljekar –kontrolor
(pečat i potpis)

Stručni organ u drugom stepenu
(pečat i potpis)

DOSTAVLJENO:

1. Organu nadležnom za rješavanje o pravima iz mirovinskog/penzijskog i invalidskog osiguranja;
2. Arhivi