

Подносилац захтјева: _____
ЈИБ: _____
Број жиро рачуна: _____
Организациони код: _____
Адреса и сједиште: _____
Број телефона: _____
Контакт особа: _____
E-mail адреса: _____

Фонду здравственог осигурања
Републике Српске, Бања Лука
Филијала: _____
Пословница: _____

Предмет: З а х т ј е в, доставља се

Обраћам се овим захтјевом за (означити једно од поља):

– поврат накнаде нето плате исплаћене раднику за вријеме привремене
спријечености за рад

– обезбјеђење накнаде лицу (осигуранику) који обавља привредну, преду-
зетничку или професионалну дјелатност као основно занимање за вријеме
привремене спријечености за рад

Захтјев се односи на период од _____ до _____, у укупном износу од _____ КМ (слови-
ма: _____ конвертибилних марака и _____/100).

Уз Захтјев се доставља (заокружити):

1. извјештаји о трајању привремене спријечености за рад,
2. списак радника за које се подноси захтјев за поврат исплаћене накнаде нето плате, на Обрасцу Реф - 02,
3. потписан и овјерен обрачун за поврат исплаћене накнаде нето плате, на Обрасцу Реф – 03, уз који се прилажу потписани и овјерени подаци о елементима бруто плате за мјесеце који улазе у основ за обрачун просјечне бруто плате, на Обрасцу Реф - 03а,
4. потписан и овјерен писмени обрачун плате за мјесец за који се тражи поврат накнаде нето плате,

Елементи за обрачун

Навести бруто плате осигураника које би остварио да је био на раду у периоду од шест мјесеци који претходе мјесецу за који се врши обрачун:

Бруто плата коју би остварио у мјесецу _____ године износи _____ КМ;
 Бруто плата коју би остварио у мјесецу _____ године износи _____ КМ;
 Бруто плата коју би остварио у мјесецу _____ године износи _____ КМ;
 Бруто плата коју би остварио у мјесецу _____ године износи _____ КМ;
 Бруто плата коју би остварио у мјесецу _____ године износи _____ КМ;
 Бруто плата коју би остварио у мјесецу _____ године износи _____ КМ;

Просјечна бруто плата износи: _____ КМ.

Период у мјесецу за који се тражи поврат накнаде

нето плате која је исплаћена раднику:

од до

Укупни радни стаж код послодавца:

Укупни број сати привремене спријечености за рад у наведеном мјесецу:

Процент за поврат (обавезно заокружити): 70%, 90% или 100% од основа

Износ за поврат накнаде нето плате: _____ КМ

Уписати начин обрачуна накнаде плате

Напомена:

Законом о обавезном здравственом осигурању ("Службени гласник Републике Српске", бр. 93/22 и 132/22) чланом 85. став 1. прописано је да послодавац има право Фонду да поднесе захтјев за поврат накнаде нето плате исплаћене раднику у складу са основом из члана 83. ст. 1, 2. и 3. и процентима дефинисаним у члану 83. став 4. Закона.

Образац попуњава и овјерава одговорно лице под пуном материјалном и кривичном одговорношћу.

Одговорно лице

_____ (мјесто и датум)

М. П.

Сви подаци који се уносе у овај документ користе се искључиво у сврху остварења права прописаног Законом о обавезном здравственом осигурању и у друге сврхе се не смију користити.

**ПРИЛОГ 4
Образац Реф - 03а**

Бруто плата осигураника коју би остварио да је био на раду за мјесец који улази у основ за обрачун просјечне бруто плате

| | | | |
|----------------|--|---------|--|
| Име и презиме: | | ЈМБ: | |
| Година: | | Мјесец: | |

| | | | | |
|--|--|----------------------|--|--------------------|
| Коефицијент | | Цијена рада | | |
| Године стажа | | Процент минулог рада | | Износ минулог рада |
| Износ основне плате + минули рад или износ уговорене плате | | | | |

| Увећања која улазе у основ за накнаду плате: | Сати | Процент увећања | Износ |
|--|------|-----------------|-------|
| Прековремени рад | | | |
| Ноћни рад | | | |
| Отежани услови рада | | | |
| Друга увећања прописана колективним уговором, општим актом и/или уговором о раду | | | |
| Врста увећања | | | |
| Врста увећања | | | |
| Врста увећања | | | |
| Укупни износ увећања: | | | |

| Друга примања по основу рада која не улазе у основ за обрачун накнаде плате | Сати | Процент увећања | Износ |
|--|------|-----------------|-------|
| Дневница за службено путовање у Републици Српској, Федерацији БиХ и у иностранству | | | |
| Накнада трошкова превоза код доласка на посао и повратка са посла | | | |
| Накнада за повећање трошкова боравка за вријеме рада на терену | | | |
| Топли оброк | | | |
| Отпремнина приликом одласка радника у пензију | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Накнада за трошкове коришћења сопственог аутомобила код обављања службеног посла по налогу послодавца | | | |
| Помоћ раднику у случају смрти члана породице, тешке инвалидности или дуготрајне болести радника | | | |
| Друга примања утврђена колективним уговором, општим актом и/или уговором о раду | | | |
| Укупни износ других примања по основу рада: | | | |

| | |
|--|--|
| Укупни износ бруто плате која улази у основ за обрачун накнаде | |
|--|--|

| Попуњавати само у случају привремене спријечености за рад у наведеном мјесецу | | |
|---|--|--|
| Сати привремене спријечености за рад | Процент умањења за вријеме трајања привремене спријечености за рад | Износ разлике између пуне бруто плате и умањене бруто плате за вријеме трајања привремене спријечености за рад |
| | | |
| | | |

Образац попуњава и овјерава одговорно лице под пуном материјалном и кривичном одговорношћу.

Одговорно лице

_____ (мјесто и датум)

М. П.

Сви подаци који се уносе у овај документ користе се искључиво у сврху остварења права прописаног Законом о обавезном здравственом осигурању и у друге сврхе се не смију користити.

ПРИЛОГ 5
Образац Реф - 04

Обрачун за исплату накнаде за лице (осигураника) које обавља привредну, предузетничку или професионалну дјелатност

| Подаци о осигураннику | |
|-----------------------|--|
| Име и презиме: _____ | |
| ЈМБ: _____ | |

| Елементи за обрачун накнаде | |
|---|--|
| Период у мјесецу за који се тражи накнада: | |
| од _____ до _____ | |
| Укупни број радних сати у наведеном мјесецу: _____ | |
| Укупни број радних сати привремене спријечености за рад у наведеном мјесецу: _____ | |
| Просјечна бруто плата у Републици Српској за претходну годину износи _____ КМ | |
| Основица која је примијењена приликом уплате доприноса на просјечну бруто плату _____ % | |
| Процент за поврат (заокружити): <u>70%</u> , <u>90%</u> или <u>100%</u> од основа | |
| Износ захтјева за исплату накнаде: _____ КМ | |

| Уписати начин обрачуна накнаде: | |
|--|--|
| Напомена: | |
| Износ просјечне бруто плате за претходну годину у Републици Српској множи се са основицом за обрачун и уплату доприноса за обавезно здравствено осигурање, која је прописана Законом о доприносима. | |
| Добијени износ се дијели са укупним бројем радних сати у мјесецу за који се тражи обезбјеђење накнаде. Добијени износ се множи са укупним бројем радних сати привремене спријечености за рад за мјесец за који се тражи накнада. На добијени износ примјењује се прописани проценат (70%, 90% или 100% од основа) и добија се износ накнаде. | |

Образац попуњава и овјерава одговорно лице под пуном материјалном и кривичном одговорношћу.

Одговорно лице

_____ (мјесто и датум)

М. П.

Сви подаци који се уносе у овај документ користе се искључиво у сврху остварења права прописаног Законом о обавезном здравственом осигурању и у друге сврхе се не смију користити.

ИЗВЈЕШТАЈ О ТРАЈАЊУ ПРИВРЕМЕНЕ СПРИЈЕЧЕНОСТИ ЗА РАД
ЗА МЈЕСЕЦ _____ ГОДИНЕ

ПОДАЦИ О ЗДРАВСТВЕНОЈ УСТАНОВИ

| | |
|--|--|
| Назив и шифра здравствене установе | |
| Шифра доктора медицине у тиму породичне медицине | |

ПОДАЦИ О УПЛАТИОЦУ ДОПРИНОСА

| | |
|---------------------------|--|
| Назив уплатиоца доприноса | |
| ЈИБ уплатиоца доприноса | |

ПОДАЦИ О ОСИГУРАНИКУ

| | |
|---|-----------------|
| Презиме и име | ЈМБ осигураника |
| Адреса стана, мјесто, улица и број | Број картона |
| Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж | |

ПОДАЦИ О ТРАЈАЊУ СПРИЈЕЧЕНОСТИ ЗА РАД

| | |
|--|--|
| Први дан привремене спријечености за рад | Последњи дан привремене спријечености за рад |
| Спријечен за рад у периоду од _____ до _____ | |

ИЗВЈЕШТАЈ ЗА ПРИВРЕМЕНУ СПРИЈЕЧЕНОСТ ЗА РАД ПРЕКО 30 ДАНА ИЗДАЈЕ СЕ НА ОСНОВУ

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Налаза, оцјене и мишљења Првостепене/Другостепене комисије за оцјену привремене спријечености за рад | <input type="checkbox"/> Потврде или отпусног писма о болничком лијечењу |
| Број надлежне комисије _____ Датум засједања комисије _____ | Први дан болничког лијечења _____ Последњи дан болничког лијечења _____ |

РАЗЛОГ ПРИВРЕМЕНЕ СПРИЈЕЧЕНОСТИ ЗА РАД

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| 1. Болест | 2. Малигна болест | 3. Медицинско испитивање | 4. Болест или компликација у вези са одржавањем трудноће | 5. Њега обољелог члана уже породице - дјетета млађег од 15 година |
| 6. Њега обољелог члана уже породице старијег од 15 година | 7. Њега дјетета обољелог од малигне болести или пратња за вријеме болничког лијечења дјетета обољелог од малигне болести | 8. Пратња за вријеме болничког лијечења дјетета обољелог од немалигне болести | 9. Њега обољелог члана уже породице због тешког оштећења здравственог стања - до четири мјесеца током календарске године | 10. Повреда ван рада |
| 11. Мјера обавезне изолације као клицоноше | 12. Мјера обавезне изолације због појаве заразе у околини | 13. Добровољно давање органа, ткива или ћелија | 14. Повреда на раду | 15. Професионална болест |
| Да ли је повреда узрокована употребом моторног возила <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ | | | | |

Мјесто: _____

Потпис доктора медицине
у тиму породичне медицине

М. П.

Датум: _____ 20 ____ . год.

Сви подаци који се уносе у овај документ користе се искључиво у сврху остварења права прописаног Законом о обавезном здравственом осигурању и у друге сврхе се не смију користити.

ПРВОСТЕПЕНА КОМИСИЈА ЗА ОЦЈЕНУ
ПРИВРЕМЕНЕ СПРИЈЕЧЕНОСТИ ЗА РАД

ИД документа:

| | | |
|---------------------------------------|----------------------------|--|
| Комисија (навести број и сједиште) | Број здравственог картона: | Број и датум оцјене: |
| Име и презиме осигураног лица | ЈМБ | Адреса пребивалишта и контакт телефон |
| Назив и сједиште послодавца | Назив радног мјеста | Укупни стаж и стаж на садашњим пословима |

| | |
|---|--|
| Повреда на раду <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ | Привремена спријеченост за рад из члана 84. став 1. тачка 3) Закона о обавезном здравственом осигурању, која је проузрокована употребом: <input type="checkbox"/> Алкохола <input type="checkbox"/> Психоактивних супстанци |
| Први дан привремене спријечености за рад: | |
| Разлог привремене спријечености за рад (означити): | |
| <input type="checkbox"/> Болест <input type="checkbox"/> Малигна болест <input type="checkbox"/> Медицинско испитивање <input type="checkbox"/> Болест или компликација у вези са одржавањем трудноће <input type="checkbox"/> Њега дјетета обољелог од малигне болести или пратња за вријеме болничког лијечења дјетета обољелог од малигне болести <input type="checkbox"/> Пратња за вријеме болничког лијечења дјетета обољелог од немалигне болести | <input type="checkbox"/> Њега обољелог члана уже породице због тешког оштећења здравственог стања - до четири мјесеца током календарске године <input type="checkbox"/> Повреда ван рада <input type="checkbox"/> Мјера обавезне изолације као клицоноше <input type="checkbox"/> Мјера обавезне изолације због појаве заразе у околини <input type="checkbox"/> Добровољно давање органа, ткива или ћелија <input type="checkbox"/> Повреда на раду <input type="checkbox"/> Професионална болест |
| Подаци о ранијим оцјенама првостепене комисије: | |
| (Да ли је првостепена комисија утврдила постојање привремене спријечености за рад и до када?) | |
| Подаци о медицинском вјештачењу из пензијско-инвалидског осигурања: | |
| (Да ли је предат захтјев за оцјену радне способности и када, да ли је уложена жалба и када, да ли је раније вршено медицинско вјештачење, када и која је била оцјена?) | |

На основу члана 74. став 5, а у вези са чланом 76. став 1. Закона о обавезном здравственом осигурању ("Службени гласник Републике Српске", бр. 93/22 и 132/22), даје се

НАЛАЗ, ОЦЈЕНА И МИШЉЕЊЕ

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Осигураник је способан за рад са даном _____ ; <input type="checkbox"/> Продужава се привремена спријеченост за рад до _____ уз сљедеће образложење: _____ |
| Предлаже се доктору медицине у тиму породичне медицине код којег је осигураник регистрован: <input type="checkbox"/> да осигураника упути да са потребном медицинском документацијом поднесе захтјев надлежној установи за пензијско и инвалидско осигурање ради оцјене радне способности прије истека шест мјесеци непрекидне привремене спријечености за рад; <input type="checkbox"/> остало _____ |

* Образац Налаза, оцјене и мишљења креира се у електронском облику и важећи је без печата и потписа чланова комисије. Вјеродостојност документа потврђује јединствени идентификациони број документа.

* Првостепена комисија за оцјену привремене спријечености за рад осигураннику уручује обавјештење о датум Налазу, оцјени и мишљењу.

* Сви подаци који се уносе у овај документ користе се искључиво у сврху остварења права прописаног Законом о обавезном здравственом осигурању и у друге сврхе се не смију користити.

Чланови комисије:

1. _____ шифра _____
2. _____ шифра _____
3. _____ шифра _____

ПРВОСТЕПЕНА КОМИСИЈА ЗА ОЦЈЕНУ
ПРИВРЕМЕНЕ СПРИЈЕЧЕНОСТИ ЗА РАД
ВАНРЕДНА ОЦЈЕНА

ИД документа:

| | | |
|--|---|--|
| Комисија (навести број и сједиште) | Број здравственог картона: | Број и датум оцјене: |
| Име и презиме осигураног лица | ЈМБ | Адреса пребивалишта и контакт телефон |
| Назив и сједиште послодавца | Назив радног мјеста | Укупни стаж и стаж на садашњим пословима |
| Повреда на раду <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ | Привремена спријеченост за рад из члана 84. став 1. тачка 3) Закона о обавезном здравственом осигурању, која је проузрокована употребом: <input type="checkbox"/> Алкохола <input type="checkbox"/> Психоактивних супстанци | |

| | |
|--|--|
| Први дан привремене спријечености за рад: | |
| Разлог привремене спријечености за рад (означити): | |
| <input type="checkbox"/> Болест <input type="checkbox"/> Малигна болест <input type="checkbox"/> Медицинско испитивање <input type="checkbox"/> Болест или компликација у вези са одржавањем трудноће <input type="checkbox"/> Њега дјетета обољелог од малигне болести или пратња за вријеме болничког лијечења дјетета обољелог од малигне болести <input type="checkbox"/> Пратња за вријеме болничког лијечења дјетета обољелог од не-малигне болести | <input type="checkbox"/> Њега обољелог члана уже породице због тешког оштећења здравственог стања - до четири мјесеца током календарске године <input type="checkbox"/> Повреда ван рада <input type="checkbox"/> Мјера обавезне изолације као клицоноше <input type="checkbox"/> Мјера обавезне изолације због појаве заразе у околини <input type="checkbox"/> Добровољно давање органа, ткива или ћелија <input type="checkbox"/> Повреда на раду <input type="checkbox"/> Професионална болест |
| Подаци о ранијим оцјенама првостепене комисије: | |
| (Да ли је првостепена комисија утврдила постојање привремене спријечености за рад и до када?) | |
| Подаци о медицинском вјештачењу из пензијско-инвалидског осигурања: | |
| (Да ли је предат захтјев за оцјену радне способности и када, да ли је уложена жалба и када, да ли је раније вршено медицинско вјештачење, када и која је била оцјена?) | |

На основу члана 79. Закона о обавезном здравственом осигурању ("Службени гласник Републике Српске", бр. 93/22 и 132/22), даје се
НАЛАЗ, ОЦЈЕНА И МИШЉЕЊЕ

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Потврђује се раније дата оцјена привремене спријечености за рад _____ <input type="checkbox"/> Осигураник је способан за рад са наредним даном _____ Напомена: _____ |
|--|

* Образац Налаза, оцјене и мишљења креира се у електронском облику и важећи је без печата и потписа чланова комисије. Вјеродостојност документа потврђује јединствени идентификациони број документа.

* Првостепена комисија за оцјену привремене спријечености за рад осигураннику уручује обавјештење о датом Налазу, оцјени и мишљењу.

* Сви подаци који се уносе у овај документ користе се искључиво у сврху остварења права прописаног Законом о обавезном здравственом осигурању и у друге сврхе се не смију користити.

Чланови комисије:

1. _____ шифра _____
2. _____ шифра _____
3. _____ шифра _____

ДРУГОСТЕПЕНА КОМИСИЈА ЗА ОЦЈЕНУ
 ПРИВРЕМЕНЕ СПРИЈЕЧЕНОСТИ ЗА РАД

ИД документа:

| | | |
|--|---|---|
| Број здравственог картона: | Број и датум оцјене: | |
| Име и презиме осигураника | ЈМБ | Адреса пребивалишта и контакт телефон |
| Назив и сједиште послодавца | Назив радног мјеста | Укупни стаж и стаж на садашњим пословима |
| Повреда на раду <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ | | Привремена спријеченост за рад из члана 84. став 1. тачка 3) Закона о обавезном здравственом осигурању, која је проузрокована употребом: <input type="checkbox"/> Алкохола <input type="checkbox"/> Психоактивних супстанци |
| Први дан привремене спријечености за рад: | | |
| Разлог привремене спријечености за рад (означити): | | |
| <input type="checkbox"/> Болест <input type="checkbox"/> Малигна болест <input type="checkbox"/> Медицинско испитивање <input type="checkbox"/> Болест или компликација у вези са одржавањем трудноће <input type="checkbox"/> Њега дјетета обољелог од малигне болести или пратња за вријеме болничког лијечења дјетета обољелог од малигне болести | <input type="checkbox"/> Њега обољелог члана уже породице због тешког оштећења здравственог стања - до четири мјесеца током календарске године <input type="checkbox"/> Повреда ван рада <input type="checkbox"/> Мјера обавезне изолације као клицоноше <input type="checkbox"/> Мјера обавезне изолације због појаве заразе у околини <input type="checkbox"/> Добровољно давање органа, ткива или ћелија | |

- Пратња за вријеме болничког лијечења дјетета обољелог од немалигне болести Повреда на раду
 Професионална болест

Разматрајући жалбу осигураника на основу увида у медицинску документацију, у складу са чланом 74. став 6. Закона о обавезном здравственом осигурању (“Службени гласник Републике Српске”, бр. 93/22 и 132/22), даје се

НАЛАЗ, ОЦЈЕНА И МИШЉЕЊЕ

- Потврђује се Налаз, оцјена и мишљење Првостепене комисије за оцјену привремене спријечености за рад, број: _____ од _____ из сљедећег разлога: _____

- Мијења се Налаз, оцјена и мишљење Првостепене комисије за оцјену привремене спријечености за рад, број: _____ од _____ из сљедећег разлога: _____

- и гласи: _____

* Образац Налаза, оцјене и мишљења креира се у електронском облику и важећи је без печата и потписа чланова комисије.

* Вјеродостојност документа потврђује јединствени идентификациони број документа.

* Осигураник се о датом Налазу, оцјени и мишљењу Другостепене комисије за оцјену привремене спријечености за рад обавјештава уручивањем рјешења.

* Сви подаци који се уносе у овај документ користе се искључиво у сврху остварења права прописаног Законом о обавезном здравственом осигурању и у друге сврхе се не смију користити.

Чланови комисије:

1. _____ шифра _____
2. _____ шифра _____
3. _____ шифра _____