

M. P.

Svi podaci koji se unose u ovaj dokument se koriste isključivo u svrhu ostvarenja prava propisanog Zakonom o obaveznom zdravstvenom osiguranju i u druge svrhe se ne smiju koristiti.

PRILOG 5.

Obrazac Ref – 04

Obračun za isplatu naknade za lice (osiguranika) koje obavlja privrednu, preduzetničku ili profesionalnu djelatnost

Podaci o osiguraniku	
Ime i prezime: _____	JMB: <table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>

Elementi za obračun naknade	
Period u mjesecu za koji se traži naknada:	od <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> do <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
Ukupan broj radnih sati u navedenom mjesecu:	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
Ukupan broj radnih sati privremene spriječenosti za rad u navedenom mjesecu:	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
Prosječna bruto plata u Republici Srpskoj za prethodnu godinu iznosi _____ KM	
Osnovica koja je primijenjena prilikom uplate doprinosa na prosječnu bruto platu _____ %	
Procenat za povrat (zaokružiti): <u>70%</u> , <u>90%</u> ili 100% od osnova	
Iznos zahtjeva za isplatu naknade: _____ KM	

Upisati način obračuna naknade:
<u>Napomena:</u> Iznos prosječne bruto plate za prethodnu godinu u Republici Srpskoj se množi sa najmanjom propisanom osnovicom za uplatu doprinosa koja je propisana važećim Zakonom o doprinosima. Dobijeni iznos se dijeli sa ukupnim brojem radnih sati u mjesecu za koji se traži povrat naknade. Tako dobijeni iznos se zatim množi sa ukupnim brojem radnih sati privremene spriječenosti za rad za mjesec za koji se traži povrat naknade. Zatim se na dobijeni iznos primjenjuje Zakonom o obaveznom zdravstvenom osiguranju propisani procenat naknade (70%, 90% ili 100%).

Obrazac popunjava i ovjerava odgovorno lice pod punom materijalnom i krivičnom odgovornošću.

Odgovorno lice

(mjesto i datum)

M. P.

Svi podaci koji se unose u ovaj dokument se koriste isključivo u svrhu ostvarenja prava propisanog Zakonom o obaveznom zdravstvenom osiguranju i u druge svrhe se ne smiju koristiti.

PRILOG 6.

IZVJEŠTAJ O TRAJANJU PRIVREMENE SPRIJEČENOSTI ZA RAD
ZA MJESEC ____ . GODINE

PODACI O ZDRAVSTVENOJ USTANOVI

Naziv i šifra zdravstvene ustanove	
Šifra doktora medicine u timu porodične medicine	

PODACI O UPLATIOCU DOPRINOSA

Naziv uplatioca doprinosa	
JIB uplatioca doprinosa	

PODACI O OSIGURANIKU

Prezime i ime	JMB osiguranika
Adresa stana, mjesto, ulica i broj	Broj kartona
Pol ☐ M ☐ Ž	

PODACI O TRAJANJU SPRIJEČENOSTI ZA RAD

Prvi dan privremene spriječenosti za rad	Posljednji dan privremene spriječenosti za rad
Spriječen za rad u periodu od _____ do _____	

IZVJEŠTAJ ZA PRIVREMENU SPRIJEČENOST ZA RAD IZDAJE SE NA OSNOVU

☐ Nalaza, ocjene i mišljenja Prvostepene/Drugostepene komisije za ocjenu privremene spriječenosti za rad	
Broj nadležne komisije _____	Datum zasjedanja komisije _____
☐ Potvrde ili otpusnog pisma o bolničkom liječenju	☐ Potvrde ili otpusnog pisma o kontinuiranom liječenju djeteta koje je odobreno u skladu sa zakonom
Prvi dan bolničkog/kontinuiranog liječenja _____ Posljednji dan bolničkog/kontinuiranog liječenja _____	
* Popunjava se u slučaju bolničkog liječenja osiguranika, korišćenja prava na smještaj u svojstvu pratnje djeteta koje se nalazi na bolničkom/kontinuiranom liječenju ili u slučaju korišćenja prava na smještaj u svojstvu pratnje drugog lica koje se nalazi na bolničkom liječenju.	

RAZLOG PRIVREMENE SPRIJEČENOSTI ZA RAD

Bolest ☐	Dobrovoljno davanje organa, tkiva ili ćelija ☐
Maligna bolest ☐	Njega djeteta mlađeg od 15 godina ☐
Bolest ili komplikacija u vezi sa održavanjem trudnoće ☐	Njega djeteta starijeg od 15 godina ☐
Medicinsko ispitivanje ☐	Njega bračnog ili vanbračnog supružnika ili roditelja ☐
Povreda van rada ☐	Njega djeteta zbog teškog oštećenja zdravstvenog stanja - oštećenje moždanih struktura, maligna bolest ili drugo teško pogoršanje zdravstvenog stanja ☐
Povreda na radu ☐	Njega djeteta za vrijeme kontinuiranog liječenja zbog teškog oštećenja zdravstvenog stanja ☐
Profesionalna bolest ☐	Pratnja za vrijeme bolničkog liječenja djeteta oboljelog od maligne bolesti ili zbog potrebe koju je utvrdila zdravstvena ustanova tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite ☐
Mjera obavezne izolacije kao kliconoše ☐	
Mjera obavezne izolacije zbog pojave zaraze u okolini ☐	Pratnja djeteta ili drugog lica za vrijeme bolničkog liječenja ☐
Da li je povreda uzrokovana upotrebom motornog vozila DA ☐ NE ☐	

Mjesto: _____	Potpis doktora medicine u timu porodične medicine
Datum: _____ 20 ____ god.	M. P.

Svi podaci koji se unose u ovaj dokument se koriste isključivo u svrhu ostvarenja prava propisanog Zakonom o obaveznom zdravstvenom osiguranju i u druge svrhe se ne smiju koristiti.

PRVOSTEPENA KOMISIJA ZA OCJENU
PRIVREMENE SPRIJEČENOSTI ZA RAD

ID dokumenta:

Komisija (navesti broj i sjedište)	Broj zdravstvenog kartona:	Broj i datum ocjene:
Ime i prezime osiguranog lica	JMB	Adresa prebivališta i kontakt telefon
Naziv i sjedište poslodavca	Naziv radnog mjesta	Ukupan staž i staž na sadašnjim poslovima
Povreda na radu ☐ DA ☐ NE		Privremena spriječenost za rad iz člana 84. stav 1. tačka 3) Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju, koja je prouzrokovana upotrebom: ☐ Alkohola ☐ Psihoaktivnih supstanci
Prvi dan privremene spriječenosti za rad:		

Razlog privremene spriječenosti za rad (označiti):	
Bolest ☐	Mjera obavezne izolacije kao kliconoše ☐
Maligna bolest ☐	Mjera obavezne izolacije zbog pojave zaraze u okolini ☐
Bolest ili komplikacija u vezi sa održavanjem trudnoće ☐	Dobrovoljno davanje organa, tkiva i ćelija ☐
Medicinsko ispitivanje ☐	Njega djeteta zbog teškog oštećenja zdravstvenog stanja - oštećenje moždanih struktura, maligna bolest ili drugo teško pogoršanje zdravstvenog stanja ☐
Povreda van rada ☐	Njega djeteta za vrijeme kontinuiranog liječenja zbog teškog oštećenja zdravstvenog stanja ☐
Povreda na radu ☐	Pratnja za vrijeme bolničkog liječenja djeteta oboljelog od maligne bolesti ili zbog potrebe koju je utvrdila zdravstvena ustanova tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite ☐
Profesionalna bolest ☐	Pratnja djeteta ili drugog lica za vrijeme bolničkog liječenja ☐
Da li je povreda uzrokovana upotrebom motornog vozila DA ☐ NE ☐	
Podaci o ranijim ocjenama prvostepene komisije:	
(Da li je prvostepena komisija utvrdila postojanje privremene spriječenosti za rad i do kada?)	
Podaci o medicinskom vještačenju iz penzijsko-invalidskog osiguranja:	
(Da li je predat zahtjev za ocjenu radne sposobnosti i kada, da li je uložena žalba i kada, da li je ranije vršeno medicinsko vještačenje, kada i koja je bila ocjena?)	

NALAZ, OCJENA I MIŠLJENJE

☐ Osiguranik je sposoban za rad sa danom _____;
☐ Produžava se privremena spriječenost za rad do _____
uz sljedeće obrazloženje: _____
Predlaže se doktoru medicine u timu porodične medicine kod kojeg je osiguranik registrovan:
☐ da osiguranika uputi da sa potrebnom medicinskom dokumentacijom podnese zahtjev nadležnoj ustanovi za penzijsko i invalidsko osiguranje radi ocjene radne sposobnosti prije isteka šest mjeseci neprekidne privremene spriječenosti za rad;
☐ ostalo _____

* Obrazac Nalaza, ocjene i mišljenja se kreira u elektronskom obliku i važeći je bez pečata i potpisa članova komisije. Vjerodostojnost dokumenta potvrđuje jedinstveni identifikacioni broj dokumenta.

* Prvostepena komisija za ocjenu privremene spriječenosti za rad osiguraniku uručuje obavještenje o datom Nalazu, ocjeni i mišljenju.

* Svi podaci koji se unose u ovaj dokument se koriste isključivo u svrhu ostvarenja prava propisanog Zakonom o obaveznom zdravstvenom osiguranju i u druge svrhe se ne smiju koristiti.

Članovi komisije:

1. _____ šifra _____
2. _____ šifra _____
3. _____ šifra _____

PRVOSTEPENA KOMISIJA ZA OCJENU
PRIVREMENE SPRIJEČENOSTI ZA RAD
VANREDNA OCJENA

ID dokumenta:

Komisija (navesti broj i sjedište)	Broj zdravstvenog kartona:	Broj i datum ocjene:
Ime i prezime osiguranog lica	JMB	Adresa prebivališta i kontakt telefon
Naziv i sjedište poslodavca	Naziv radnog mjesta	Ukupan staž i staž na sadašnjim poslovima
Povreda na radu ☐ DA ☐ NE	Privremena spriječenost za rad iz člana 84. stav 1. tačka 3) Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju, koja je prouzrokovana upotrebom: ☐ Alkohola ☐ Psihoaktivnih supstanci	

Prvi dan privremene spriječenosti za rad:	
Razlog privremene spriječenosti za rad (označiti):	
Bolest ☐	Dobrovoljno davanje organa, tkiva ili ćelija ☐
Maligna bolest ☐	Njega djeteta mlađeg od 15 godina ☐
Bolest ili komplikacija u vezi sa održavanjem trudnoće ☐	Njega djeteta starijeg od 15 godina ☐
Medicinsko ispitivanje ☐	Njega bračnog ili vanbračnog supružnika ili roditelja ☐
Povreda van rada ☐	Njega djeteta zbog teškog oštećenja zdravstvenog stanja - oštećenje moždanih struktura, maligna bolest ili drugo teško pogoršanje zdravstvenog stanja ☐
Povreda na radu ☐	Njega djeteta za vrijeme kontinuiranog liječenja zbog teškog oštećenja zdravstvenog stanja ☐
Profesionalna bolest ☐	Pratnja za vrijeme bolničkog liječenja djeteta oboljelog od maligne bolesti ili zbog potrebe koju je utvrdila zdravstvena ustanova tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite ☐
Mjera obavezne izolacije kao kliconoše ☐	Pratnja djeteta ili drugog lica za vrijeme bolničkog liječenja ☐
Mjera obavezne izolacije zbog pojave zaraze u okolini ☐	
Podaci o ranijim ocjenama prvostepene komisije:	
(Da li je prvostepena komisija utvrdila postojanje privremene spriječenosti za rad i do kada?)	
Podaci o medicinskom vještačenju iz penzijsko-invalidskog osiguranja:	
(Da li je predat zahtjev za ocjenu radne sposobnosti i kada, da li je uložena žalba i kada, da li je ranije vršeno medicinsko vještačenje, kada i koja je bila ocjena?)	

NALAZ, OCJENA I MIŠLJENJE

☐ Potvrđuje se ranije data ocjena privremene spriječenosti za rad
☐ Osiguranik je sposoban za rad sa narednim danom _____
Napomena: _____

* Obrazac Nalaza, ocjene i mišljenja se kreira u elektronskom obliku i važeći je bez pečata i potpisa članova komisije. Vjerodostojnost dokumenta potvrđuje jedinstveni identifikacioni broj dokumenta.

* Prvostepena komisija za ocjenu privremene spriječenosti za rad osiguraniku uručuje obavještenje o datom Nalazu, ocjeni i mišljenju.

* Svi podaci koji se unose u ovaj dokument se koriste isključivo u svrhu ostvarenja prava propisanog Zakonom o obaveznom zdravstvenom osiguranju i u drugu svrhu se ne smiju koristiti.

Članovi komisije:

1. _____ šifra _____
2. _____ šifra _____
3. _____ šifra _____

DRUGOSTEPENA KOMISIJA ZA OCJENU
PRIVREMENE SPRIJEČENOSTI ZA RAD

ID dokumenta:

Broj zdravstvenog kartona:	Broj i datum ocjene:	
Ime i prezime osiguranika	JMB	Adresa prebivališta i kontakt telefon
Naziv i sjedište poslodavca	Naziv radnog mjesta	Ukupan staž i staž na sadašnjim poslovima
Povreda na radu ☐ DA ☐ NE	Privremena spriječenost za rad iz člana 84. stav 1. tačka 3) Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju, koja je prouzrokovana upotrebom: ☐ Alkohola ☐ Psihoaktivnih supstanci	
Prvi dan privremene spriječenosti za rad:		

Razlog privremene spriječenosti za rad (označiti):

- | | |
|--|--|
| ☐ Bolest | ☐ Profesionalna bolest |
| ☐ Maligna bolest | ☐ Mjera obavezne izolacije kao kliconoše |
| ☐ Bolest ili komplikacija
u vezi sa održavanjem trudnoće | ☐ Mjera obavezne izolacije zbog pojave zaraze
u okolini |
| ☐ Medicinsko ispitivanje | ☐ Dobrovoljno davanje organa, tkiva ili ćelija |
| ☐ Povreda van rada | ☐ Njega djeteta zbog teškog oštećenja zdravstvenog stanja
- oštećenje moždanih struktura, maligna bolest ili
drugo teško pogoršanje zdravstvenog stanja |
| ☐ Povreda na radu | - do četiri mjeseca tokom kalendarske godine |

NALAZ, OCJENA I MIŠLJENJE

- ☐ Potvrđuje se Nalaz, ocjena i mišljenje Prvostepene komisije za ocjenu privremene spriječenosti za rad, broj: _____ od _____
iz sljedećeg razloga: _____

- ☐ Mijenja se Nalaz, ocjena i mišljenje Prvostepene komisije za ocjenu privremene spriječenosti za rad, broj: _____ od _____
iz sljedećeg razloga: _____

- i glasi: _____

* Obrazac Nalaza, ocjene i mišljenja se kreira u elektronskom obliku i važeći je bez pečata i potpisa članova komisije.

* Vjerodostojnost dokumenta potvrđuje jedinstveni identifikacioni broj dokumenta.

* Osiguranik se o datom Nalazu, ocjeni i mišljenju Drugostepene komisije za ocjenu privremene spriječenosti za rad obavještava uručivanjem rješenja.

* Svi podaci koji se unose u ovaj dokument se koriste isključivo u svrhu ostvarenja prava propisanog Zakonom o obaveznom zdravstvenom osiguranju i u druge svrhe se ne smiju koristiti.

Članovi komisije:

1. _____ šifra _____
2. _____ šifra _____
3. _____ šifra _____