



- Стручна служба –  
- Филијала/Деловница –

**Б А Р А Њ Е**  
**За остварување право од инвалидско осигурување**

- |    |  |                          |
|----|--|--------------------------|
| 1. | Инвалидска пензија                     | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Телесно оштетување                     | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Задолжителен контролен преглед         | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Опасност од настанување на инвалидност | <input type="checkbox"/> |

**1. ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРЕНИКОТ**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Презиме \_\_\_\_\_ Име

\_\_\_\_\_ Матичен број \_\_\_\_\_ личен број (број од работничка книшка )

\_\_\_\_\_ Ден,месец и година на раѓање \_\_\_\_\_ Место на раѓање \_\_\_\_\_ Државјанство \_\_\_\_\_

Адреса \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Улица \_\_\_\_\_ број \_\_\_\_\_ бр.на пошта \_\_\_\_\_ место \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ општина \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Број на предмет \_\_\_\_\_ причина за настанување на инвалидноста  
(доколку се работи за контролен преглед или повторно барање)

**Постапката е поведена по барање на: осигуреникот – работодавецот - надлежниот матичен лекар - лекарската комисија на ФЗО**

**2. ПОДАТОЦИ ЗА ВРЕМЕТО ПОМИНАТО ВО ПЕНЗИСКО И ИНВАЛИДСКО ОСИГУРУВАЊЕ КАЈ СТРАНСКИ НОСИТЕЛИ НА ОСИГУРУВАЊЕ**

Времетраење држава докази

Од \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_

Од \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_

Остварено право од ПИО или рента кај странски носители на осигурување

Да/Не  Држава во која е остварено правото \_\_\_\_\_ Видот на оствареното право \_\_\_\_\_

**3. ЛИЧНИ ИЗЈАСНУВАЊА**

Број на телефон \_\_\_\_\_ Е-маил адреса \_\_\_\_\_

Членство во здружение на пензионери и солидарен фонд \_\_\_\_\_

Да / Не

Во \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ год. \_\_\_\_\_ (потпис на подносителот на

барањето)  
Прилог кон барањето:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

**ПОТРЕБНИ ДОКУМЕНТИ ЗА ПРОМЕНА НА РАБОТНО МЕСТО(ОПАСНОС ОД НАСТАНУВАЊЕ НА ИНВАЛИДНОСТ) ИЛИ ИНВАЛИДСКА ПЕНЗИЈА**

1. БАРАЊЕ- (СЕ ИЗДАВА КАЈ НАС)
2. РАБОТНА КНИШКА (ОРИГИНАЛ НА УВИД И ФОТОКОПИЈА)

3. ИЗВОД ОД МАТИЧНА КНИГА НА РОДЕНИ ИЛИ ЛИЧНА КАРТА (ФОТОКОПИЈА)
4. ПОТВРДА ОД РАБОТНА ОРГАНИЗАЦИЈА  
( ЗА ЛИЦА КОИ СЕ ВО РАБОТЕН ОДНОС ИСТАТА ДА БИДЕ ЗАВЕРЕНА СО ПЕЧАТ ПОТПИС И ШТЕМБИЛ СО ДАТА НА ИЗДАВАЊЕ )  
ИЛИ  
ПОТВРДА ОД АГЕНЦИЈА ЗА ВРАБОТУВАЊЕ  
( ЗА ЛИЦА КОИ НЕ СЕ ВО РАБОТЕН ОДНОС )
5. ОБРАЗЕЦ А-1 ( СЕ ИЗДАВА КАЈ НАС )  
ИСТИОТ ГО ПОПОЛНУВА РАБОТОДАВЕЦОТ КАДЕ ЛИЦЕТО Е ВРАБОТЕНО ИЛИ АКО ЛИЦЕТО НЕ Е ВО РАБОТЕН ОДНОС ВО ТОЈ СЛУЧАЈ ОБРАЗЕЦОТ ГО ПОПОЛНУВА РАБОТОДАВЕЦОТ КАДЕ ЛИЦЕТО ПОСЛЕДЕН ПАТ БИЛО ВРАБОТЕНО ( **ОБРАЗЕЦОТ А-1 ТРЕБА ДА БИДЕ ЗАВЕРЕН СО ПЕЧАТ, ПОТПИС И ШТЕМБИЛ СО ДАТА НА ИЗДАВАЊЕ** )
6. ФОТОКОПИЕ ОД ОБРАЗЕЦОТ М-1/ М-2 ОД РАБОТНА ОРГАНИЗАЦИЈА
7. ОБРАЗЕЦ 3 ( СЕ ИЗДАВА ОД МАТИЧНИОТ ЛЕКАР), **ЗАДОЛЖИТЕЛНО ДА БИДЕ НАПИШАН НА МАШИНА ЗАВЕРЕН СО ОКРУГОЛ ПЕЧАТ ОД ЗДРАВСТВЕНАТА ОРГАНИЗАЦИЈА, ФАКСИМИЛ ОД МАТ. ЛЕКАР, ПОТПИС И ДАТА НА ИЗДАВАЊЕ - ОРИГИНАЛ**
8. МЕДИЦИНСКА ДОКУМЕНТАЦИЈА(ОРИГИНАЛ)
9. ПРИЈАВА ЗА ПОВРЕДА НА РАБОТА ( ДОКОЛКУ ПРИЧИНАТА ЗА ИНВАЛИДНОСТА Е ПОВРЕДА НАСТАНАТА НА РАБОТА )
10. УВЕРЕНИЕ ЗА ОТСЛУЖЕН ВОЕН РОК (ДОКОЛКУ БАРАТЕЛОТ Е ОД МАШКИ ПОЛ)
11. ПРЕГЛЕД ЛИСТА ЗА СТАЖ (СЕ ИЗДАВА ВО ФОНДОТ)
12. ФОТОКОПИЈА ОД РЕШЕНИЕТО ОД ФПИОМ (**ДОКОЛКУ БАРАЊЕТО НЕ Е ПО ПРВ ПАТ**)

#### **ПОТРЕБНИ ДОКУМЕНТИ ЗА ОСТВАРУВАЊЕ ПРАВО НА НАДОМЕСТОК ЗА ТЕЛЕСНО ОШТЕТУВАЊЕ**

1. БАРАЊЕ- (СЕ ИЗДАВА КАЈ НАС)
- 2.ФОТОКОПИЈА ОД ОБРАЗЕЦОТ М1/М2
- 3.РАБОТНА КНИШКА (ОРГИНАЛОТ НА УВИД И ФОТОКОПИЈА)
4. ПОТВРДА ОД РАБОТНА ОРГАНИЗАЦИЈА
- 5.МЕДИЦИНСКА ДОКУМЕНТАЦИЈА (ОРГИНАЛ)
6. ЛИЧНА КАРТА (ФОТОКОПИЈА)

#### **ПОТРЕБНИ ДОКУМЕНТИ ЗА ЗАДОЛЖИТЕЛЕН КОНТРОЛЕН ПРЕГЛЕД**

1. БАРАЊЕ- (СЕ ИЗДАВА КАЈ НАС)
2. ОБРАЗЕЦ 3 ( СЕ ИЗДАВА ОД МАТИЧНИОТ ЛЕКАР), **ЗАДОЛЖИТЕЛНО ДА БИДЕ НАПИШАН НА МАШИНА ЗАВЕРЕН СО ОКРУГОЛ ПЕЧАТ ОД ЗДРАВСТВЕНАТА ОРГАНИЗАЦИЈА, ФАКСИМИЛ ОД МАТ. ЛЕКАР, ПОТПИС И ДАТА НА ИЗДАВАЊЕ - ОРИГИНАЛ**
3. МЕДИЦИНСКА ДОКУМЕНТАЦИЈА(ОРИГИНАЛ)
4. ФОТОКОПИЈА ОД РЕШЕНИЕТО ОД ФПИОМ (**ДОКОЛКУ БАРАЊЕТО НЕ Е ПО ПРВ ПАТ**)