

**ДРУГОСТЕПЕНА КОМИСИЈА ЗА ОЦЈЕНУ
ПРИВРЕМЕНЕ НЕСПОСОБНОСТИ ЗА РАД**

Образац 4в.

Број здравственог картона:		Број и датум оцјене:	
Име и презиме осигураног лица	ЈМБГ	Адреса пребивалишта и контакт телефон	
Назив и сједиште послодавца			
Шифра болести и дијагноза за члана уже породице породице (дјетета до навршених 18 година живота)			

Разматрајући жалбу на рјешење надлежне организационе јединице Фонда здравственог осигурања Републике Српске којим је одбијен захтјев за одобравање привремене неспособности за рад због њега члана уже породице (дјетета до навршених 18 година живота) до четири мјесеца у току календарске године, а на основу увида у медицинску документацију, даје се

НАЛАЗ, ОЦЈЕНА И МИШЉЕЊЕ

(заокружити одговарајуће)
1) Оправдан је захтјев осигураника за одобравање привремене неспособности за рад због њега члана уже породице (дјетета до навршених 18 година живота) до четири мјесеца у току календарске године;
2) Није оправдан захтјев осигураника за одобравање привремене неспособности за рад због њега члана уже породице (дјетета до навршених 18 година живота) до четири мјесеца у току календарске године;
Образложење:

Чланови комисије:

М.П.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Налаз, оцјена и мишљење се достављају осигуранику, овлашћеном доктору породичне медицине и Фонду.