

П Р А В И Л А

на Програма, определящи организацията и реда на работа на Общински фонд за асистирана репродукция и лечение на репродуктивни заболявания на семейства, двойки във фактическо съжителство и жени без партньор, живеещи на територията на Община Сливен.

ГЛАВА ПЪРВА ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

Предмет:

Чл. 1. С тези правила на Програма на Община Сливен се определят органите, реда и условията по финансово подпомагане за изследвания и процедури, свързани с лечение на безплодието на семейства, двойки във фактическо съжителство и жени без партньор с репродуктивни проблеми, с постоянен и настоящ адрес на територията на Община Сливен.

Средства:

Чл. 2. (1) Средствата в Общинския фонд за асистирана репродукция и лечение на репродуктивни заболявания на семейства, двойки във фактическо съжителство и жени без партньор, живеещи на територията на Община Сливен се осигуряват от бюджета на Община Сливен.

(2) Средства могат да се набират и чрез публични финансови програми и проекти, дарителски и благотворителни кампании.

(3) Средствата за Общинския фонд за асистирана репродукция и лечение на репродуктивни заболявания на семейства, двойки във фактическо съжителство и жени без партньор, живеещи на територията на Община Сливен се определят всяка календарна година, заедно с бюджета на Община Сливен, по предложение на комисията по настоящите Правила.

Органи:

Чл.3. (1) Дейността на Общинския фонд за асистирана репродукция и лечение на репродуктивни заболявания на семейства, двойки във фактическо съжителство и жени без партньор, живеещи на територията на Община Сливен се извършва от Комисия, в състав от най-малко 5 (пет) члена, в която участват: общински съветници, представители на неправителствени организации, работещи в областта на репродуктивното здраве, медицински специалисти, представител на общинска администрация и юрисконсулт на общината, оправомощен със заповед на кмета.

(2) По преценка и при необходимост в работата на комисията могат да участват и вещи лица.

(3) Средствата от Общинския фонд за асистирана репродукция и лечение на репродуктивни заболявания се отпускат с решение на комисията по чл.3.

(4) Решенията на комисията по чл.3 се изпълняват от кмета на общината.

(5) Комисията се утвърждава с решение на Общински съвет - Сливен и е със

срок на действие, равен на срока на действие на съответния мандат на кмета.

Чл.4. (1) Дейността на комисията се подпомага от Секретар, който е служител на общинската администрация и се назначава от съответния ресорен заместник кмет;

(2) Секретарят е без право на глас;

(3) Секретарят осъществява цялата техническа помощ, необходима за работата на комисията;

Компетентност:

Чл.5 (1) Комисията по чл.3:

1. Разглежда искания и взема решения за финансово подпомагане на семейства, двойки във фактическо съжителство и жени без партньор, живеещи на територията на Община Сливен, за извършване на дейности по асистирана репродукция при безплодие, лечимо предивсичко с методите на АРТ и по-конкретно чрез ин витро оплождане или вътрематочна инсеминация;

2. Дава методически указания относно процедурите по отпускане и разходване на финансовите средства от Общинския фонд за асистирана репродукция и лечение на репродуктивни заболявания

3. Осъществява контрол за спазване на критериите и условията за придобиване на права за ползване на средствата от Общинския фонд за асистирана репродукция и лечение на репродуктивни заболявания за извършване на дейности по асистирана репродукция.

4. Обявява критериите, реда, срока и мястото за прием на документи на сайта на Община Сливен.

5. Представя на Кмета на Община Сливен заявления за изплащане на отпуснати средства, одобрение с решение на комисията по чл.3.

6. Ежегодно представя доклад и финансов отчет за дейността си по тези Правила пред кмета на Община Сливен и пред Общински съвет.

(2) Кметът на Община Сливен разрешава със заповед отпускането на бюджетни средства от Общинския фонд за асистирана репродукция и лечение на репродуктивни заболявания, по реда на тези Правила.

Ред за работа на комисията по чл.3:

Чл. 6. Председателят на комисията определя мястото и графика на заседанията на комисията за разглеждане на заявления, подадени по реда на тези Правила.

Чл. 7. (1) Заседанията на комисията са редовни при присъствие на повече от половината от нейните членове.

(2). Заседанията на комисията са закрити.

(3). Решенията за одобряване на кандидатите за финансово подпомагане се вземат с обикновено мнозинство от присъстващите при явно гласуване.

Чл. 8. С цел подпомагане дейността на комисията, с право на съвещателен глас в заседанията ѝ могат да участват и се допускат представители на юридически лица с нестопанска цел, защитаващи правата на пациентите в областта на репродуктивното здраве.

Чл. 9. Комисията се произнася с решение по всяка преписка, което съдържа:

1. дата на постановяване.

2. имената на членовете на комисията, присъствали при постановяване на решението.

3. трите имена на заявителя/лите, адрес, ЕГН и входящ номер на заявлението.

4. предложение за одобряване на искането, размера на отпуснатите средства и предназначението им, съобразно чл.14, ал.2 и ал.3 или предложение за отхвърляне на искането на заявителите.

5. мотиви.

6. подписи на състава на комисията.

Чл. 10. За заседанията на комисията се изготвя протокол, който съдържа

разгледаните заявления, взетите решения и резултатите от гласуването. Протоколът се подписва от присъстващите членове на комисията.

Чл. 11. Всеки заявител има право да получи препис от протоколите на комисията.

Чл. 12. В тридневен срок след разглеждане на всички заявления и приключване на заседанията, комисията изготвя списък на одобрените кандидати.

Чл. 13. Списъкът с одобрените кандидати, както размерът на отпуснатата сума, се одобрява с решение на комисията по чл.3, по предложение на председателят.

Разходване на средства:

Чл. 14 (1). Със средства от Общинския фонд за асистирана репродукция и лечение на репродуктивни заболявания, се финансират лица с безплодие, лечимо преди всичко с методите на АРТ и по-конкретно чрез вътрематочна инсеминация и ин витро оплождане при наличие на някои следните **предпоставки**:

1. Безплодие с неизяснена, чрез конвенционалните диагностични методи, етиология;

2. Ендометриоза, засягаща аднексите и свързана с безплодието;

3. Тубарен стерилитет при жената /МКБ-Х: №97.1/, доказан лапароскопски /лапароскопия и/или лапаротомия или чрез ХСГ – хистеро-салпинго графия/:

- липса на маточни тръби двустранно /оперативно отстранени/,

- едностранна липса с контралатерална непроходимост или стеноза,

- двустранна непроходимост на маточните тръби /вкл.след стерилизация/,

- едностранна непроходимост с контралатерална стеноза,

- двустранна интерстициална или истмична стеноза,

- състояние след пластика на маточни тръби, най-малко 12 месеца след пластика, при положение, че не е настъпвала вътрематочна бременност.

4. Стерилитет при жената, свързан с липсата на овулация, поради LUFs.

5. Стерилитет, свързан с мъжки фактор /МКБ-Х: №97.4/:

- обструктивна azoospermia, при положение че са налице данни /клинични и хистологични/ за наличие на достатъчна спермогенеза;

- олиго-/ и/или астено- и/или тератозооспермия, налагаща АРТ чрез IVF или ICSI споне един от следните параметри:

а/обем на еякулата по-малък от 1.0 мл,

б/концентрация на сперматозоидите по-малко от 20 милиона/милилитър,

в/сперматозоиди с добра подвижност по-малко от 40 % /grad 1-2/,

г/сперматозоиди с добра морфология по-малко от 30 % /по СЗО/ или по-малко от 15 % /по Крюгер/,

д/наличие на спермоантитела при мъжа и/или жената.

(2). Със средства от Общинския фонд за асистирана репродукция и лечение на репродуктивни заболявания се финансират следните **дейности**:

1. Контролирана овариална хиперстимулация /КОХС/ с един или повече от един от следните лекарствени продукти /по групи/:

- аналози на гонадолиберина /агонисти или антагонисти/,

- гонадотропни хормони /уринарни или рекомбинантни/,

- други /за лутеална поддръжка/ - стероиди и/или хорионгонадотропин.

2. Контрол на стимулационния процес чрез:

- ехографски преглед;

- хормонални изследвания.

3. АРТ методи /ин витро методики/:

- фоликулна пункция под ехографски контрол;

- класическо ин витро оплождане;

- оплождане чрез ICSI;

- ембриотрансфер /вкл. и на замразени ембриони/;

- инсеминации от партньора или с материал от донор;
 - ин витро матурация;
 - ин витро на естествен цикъл;
 - ин витро процедура с донорски материал /яйцеклетка и/или сперматозоид/;
 - тестикуларна и/ или епидидимална биопсии, както и имунологична биопсия /Te8E, PE8A, ME8A/;
 - криоконсервация на предимплантационни ембриони.
- (3). Със средства от от Общинския фонд за асистирана репродукция и лечение на репродуктивни заболявания се финансират следните **изследвания**:
- микробиологични;
 - спермален анализ;
 - за трансмисивни инфекции;
 - кръвнотипова принадлежност и резус фактор;
 - хормонални-преди КОХС;
 - на кръвни картини, биохимия и хемостаза преди КОХС;
 - други специфични изследвания /генетични, имунологични и др./;
 - индукция на овулацията и/или КОХС с Кломифен цитрат и др. СЕРМ;
 - ембриоредукция;
 - предимплантационна генетична диагностика или скрининг /PCO/PO8/;
 - овоцитна донация;
 - ембриодонация;
 - С1ЕТ, 21РТ и др.подобни.

ГЛАВА ВТОРА

РЕД ЗА ФИНАНСОВО ПОДПОМАГАНЕ

Раздел I.

КАНДИДАТИ, УСЛОВИЯ ЗА КАНДИДАТСТВАНЕ

Кандидати:

Чл. 15. Кандидати са семейство, двойка във фактическо съжителство и жени без партньор, живеещи на територията на Община Сливен, не по-малко от три години от датата на кандидатстване на постоянен и настоящ адрес на територията на Община Сливен.

Условия за кандидатстване:

Чл. 16. (1) Кандидатстването за финансово подпомагане на изследвания и процедури по чл.14, ал.2 и ал.3 е за един опит в рамките на текущата година и не ограничава правото и възможността за кандидатстване за финансиране от Център „Фонд за асистирана репродукция” .

(2) На всяко отделно семейство или двойка, или жена без партньор одобрени/а за финансово подпомагане са предвидени средства до 5000 (пет хиляди лева) и се отпускат само в случай, че посочените лица не са финансирани през същата календарна година от Център „Фонд за асистирана репродукция” за извършване на дейности и изследвания посочени в чл.14, ал.2 и ал.3 от тези Правила.

(3) При одобрение на кандидатите за финансово подпомагане от Център „Фонд за асистирана репродукция” е необходимо същите да уведомят в три дневен срок комисията по настоящите Правила. В случаите, когато се установи по безспорен начин, че заявителя е извършил процедурата по асистирана репродукция, финансирана от Център „Фонд за асистирана репродукция”, комисията има право мотивирано да откаже изплащането на одобрената парична сума.

Чл.17. Кандидатите трябва да отговарят на **следните критерии** за финансово

подпомагане за извършване на дейности по асистирана репродукция при лица с безплодие, лечимо преди всичко с методите на АРТ:

1. Да са пълнолетни лица, притежаващи постоянен и настоящ адрес на територията на Община Сливен през последните три години. При двойките във фактическо съжителство и при семействата на това условие следва да отговаря поне единия от кандидатите;

2. Да нямат данъчни задължения към Община Сливен и държавата;

3. Да са здравно осигурени с непрекъснати здравноосигурителни права към датата за заявлението;

4. Да не са поставени под запрещение или осъждани за престъпление от общ характер;

5. Семействата, удостоверяват с копие от удостоверение за сключен граждански брак, а при двойките, които са във фактическо съжителство с декларация (Приложение № 2);

6. Кандидатстваща жена без партньор, удостоверява това обстоятелство с Декларация (Приложение №3)

7. Да е налице доказан стерилитет, независимо с женски и/или с мъжки фактор, лечим единствено с методите на АРТ и по-конкретно IVF, ICSI или вътрематочна инсеминация /IUI/.

8. Да имат собственост на не повече от едно семейно жилище, което се удостоверява с „Декларация за имуществено състояние“ (Приложение № 8).

Раздел II.

ПРОЦЕДУРА ЗА ФИНАНСОВО ПОДПОМАГАНЕ

Чл. 18. Постъпилите заявления за подпомагане на асистирана репродукция и лечение на репродуктивни заболявания се разглеждат от комисията по чл.3 ежемесечно.

Чл. 19. (1) За всяко заявление се образува преписка. Преписката съдържа заявлението, приложените доказателства и решението на комисията по чл.3.

(2) Заявлението заедно с преписката се разпределя за подготовка от председателя на комисията на член или членове на комисията, определени на случаен принцип.

(3) След приключване на подготовката и проучването, преписката се докладва с предложение за решение на комисията, от лицата по ал.2 на следващото редовно заседание на комисията.

Чл.20 (1) Комисията по чл.3 се произнася с решение след обсъждане, в същото заседание в което преписката е докладвана по реда на чл.19, ал.3.

(2) Комисията по чл.3 отлага за разглеждане в следващо заседание заявление, подадено непълно или неясно, както и тези към които не са приложени документи по чл.22, ал.2 или чл.22, ал.3. В този случай Комисията по чл.3 уведомява кандидатите в тридневен срок от заседанието си за нередовното заявление, като посочва кои нередности следва да се отстранят. Комисията по чл.3 определя на заявителя срок отстраняване на нередовностите, не по-дълъг от един месец, считано от получаване на съобщението по тази алинея.

(3) Ако в срока по ал.2 нередовностите не бъдат отстранени, преписката се прекратява, а документите се връщат на заявителя.

Чл.21. Кандидатите получават заверени преписи от решенията по чл.9 и чл.13.

Чл.22. (1) За изплащане на отпуснатите средства, Кандидатите представят на Комисията по чл.3 **следните документи:**

1. Искане за изплащане на одобрени средства, по образец Приложение № 6.

2. Фактури и медицинска документация, съдържаща пълно описание и стойност на извършените дейности и използваните лекарствени продукти, издадени от

съответното акредитирано медицинско заведение.

(2) Сумите се изплащат на касата на Община Сливен или по посочена от Заявителя банкова сметка.

(3) Отпуснати суми се изплащат само по Искания за изплащане на одобрени средства, внесени до една година от датата на влизане в сила на решението по чл.13.

(4) Сумите на одобрените от комисията по чл.3 кандидати за дейности и изследвания по чл. 14 от тези Правила се изплащат до изчерпване на предвидените за съответната бюджетна година средства за тази дейност.

(5) Неполучилите средства двойки по ал.4 ще бъдат финансирани през следващата бюджетна година.

Раздел III.

ДОКУМЕНТИ ЗА КАНДИДАТСТВАНЕ И ПРИЛОЖЕНИЯ КЪМ ТЯХ

Чл.23.(1) Кандидатите за получаване на средства от Общинския фонд за асистирана репродукция и лечение на репродуктивни заболявания подават Заявление за отпускане на средства по образец.

(2) Заявлението по ал.1 се изготвя по Приложение № 1, към него се представят следните приложения:

1. Копие на лична карта, заверено от заявителя с гриф „вярно с оригинала“.
2. Копие от удостоверение за сключен граждански брак, а при двойките, които са във фактическо съжителство с декларация - Приложение № 2
3. Декларация от кандидатстваща жена без партньор, че не е сключила граждански брак и не се намира във фактическо съжителство с партньор – Приложение № 3.
4. Декларация от всеки от заявителите, че не е поставен подзапрещение - Приложение № 4.
5. Декларация, удостоверяваща липсата на кръвно родство по права линия и по сребрена линия до четвърта степен между заявителката и нейния партньор - Приложение № 5.
6. Заявление за установяване на направени разходи за дейности предвидени в чл. 14, ал. 2 и ал. 3 от Правила на Програма за организацията и реда на работа на Общински фонд за асистирана репродукция и лечение на репродуктивни заболявания – Приложение № 6
7. Документи удостоверяващи обстоятелствата по чл. 17, т.2, т.3 и т.4.
8. Медицинска документация по всички или някои от следните обстоятелства, установяващи репродуктивни заболявания:
 - етапни епикризи;
 - документи за извършване на един или повече от следните методи: ХСГ и/или лапароскопия и/или лапаротомия, като ехографското изследване не е доказателствен метод;
 - документи за извършване на два или повече спермални анализа, последният от които е извършен преди не повече от 6 месеца преди подаване на заявлението. Ползват се критериите на Световната здравна организация /СЗО/ за нормоспермия, като е желателно поне едно от изследванията да е с морфология, оценена по критериите на Крюгер;
 - при липса на овулация поради LUFС, документи относно поне два цикъла с ехографски разчитания и снимки;
 - при неизяснен стерилитет – данни за безплодие в период поне две години, лекувано чрез конвенционални методи, вкл. С реализирани поне два цикъла с вътрематочни инсеминации.
9. Медицински удостоверителни документи, установяващи стерилитет: етапни епикризи, медицински картони, удостоверения от клиници с отразяване факта на

лечението на пациента при тях и извършените манипулации.

10. Декларация за наличие или липса на подадени документи във Фонд за асистирана репродукция по Приложение №7.

11. Декларация за имуществено състояние – Приложение № 8

12. Декларация за съгласие от заявителите за съхранение и обработка на лични данни – Приложение № 9

13. Декларация, даваща информация за резултата от направените изследвания и/или процедури – Приложение № 10

(3) При нужда комисията може да изисква и допълнителни документи и данни от медицинските заведения, както и да извършва проверки и запитвания.

ГЛАВА ТРЕТА КОНФИДЕНЦИАЛНОСТ НА ДАННИ И ИНФОРМАЦИЯ, АДМИНИСТРАТИВНО НАКАЗАТЕЛНА ОТГОВОРНОСТ

Раздел I. КОНФИДЕНЦИАЛНОСТ НА ДАННИ И ИНФОРМАЦИЯ,

Чл. 24 (1) Членовете на комисията по чл.3, ал.1 и лицата по чл.3, ал.2, както и служителите на общинската администрация, са длъжни да пазят в тайна факти и обстоятелства, които са им станали известни в хода на тяхната дейност.

(2) В мотивите на решенията по чл.9 и чл.13 не се посочват данни и обстоятелства, свързани със здравословното състояние на кандидатите.

(3) Преписките заедно с приложените към тях документи по чл.22, ал.2 се съхраняват в Община Сливен. Достъп до тях имат само членовете на комисията по чл.3, ал.1, лицата по чл.3, ал.2 и заявителите или техни наследници.

Раздел II. НАКАЗАТЕЛНА ОТГОВОРНОСТ

Чл.25. (1) Сигналите и оплакванията за нарушения на чл.24, ал.1, ал.2 и ал.3, предложение първо се разглеждат от Председателя на Комисията.

(2) Ако от събраните по реда на ал.1 материали се установи, че оплакването е основателно, преписката се изпраща от Председателя на Комисията по компетентност за разглеждане от Районна прокуратура Сливен.

ГЛАВА ЧЕТВЪРТА ДОПЪЛНИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ И ПРИЛОЖЕНИЯ:

Раздел I. ДОПЪЛНИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§1. Тези Правила са утвърдени в изпълнение на Решение № 1125 прието на заседание на Общински съвет – Сливен на 28.07.2022 г. и са изцяло съобразени със изискванията на Закона за здравето.

§2. Абревиатурите, термините и означенията на медицински диагнози, терапии, състояния и други са употребени в текста на тези Правила, според смисъла им, установен със съответния нормативен акт.

§3. Настоящите Правила са отворена система и могат да се актуализират с цел доброто им функциониране.

Раздел II.

ПРИЛОЖЕНИЯ:

§1. Приложение обр.1.

ДО
ОБЩИНСКИ ФОНД ЗА АСИСТИРАНА
РЕПРОДУКЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ НА
РЕПРОДУКТИВНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ
НА ОБЩИНА СЛИВЕН

ЗАЯВЛЕНИЕ

1 .от ЕГН:
(трите имена)

постоянен адрес : обл....., общ, гр.с.....,
ул./ж.к. ,, ”, №....., бл,
вх. ” ”, ет , ап.....

2.от ЕГН:
(трите имена)

постоянен адрес : обл....., общ, гр.с.....,
ул./ж.к. ,, ”, №....., бл,
вх. ” ”, ет , ап.....

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ПРЕДСЕДАТЕЛ,

С настоящото молим да образувате преписка, по която като разгледате настоящото заявление и приложените към него документи да се произнесете с решение по реда на чл.9 от Правила на Програма за организация и реда на работа на Общински фонд за асистирана репродукция и лечение на репродуктивни заболявания на семейства, двойки във фактическо съжителство и жени без партньор, живеещи на територията на Община Сливен.

2 ЕГН:
(трите имена)

постоянен адрес : обл....., общ, гр./с.....,
ул./ж.к. ,, ”, № , бл,
вх. ” ”, ет , ап.....,

сумата: (.....) лева.

(сумата се посочва цифром и словом, в размер до 5000 лева)

и на

2 ЕГН:
(трите имена)

постоянен адрес : обл....., общ, гр./с.....,
ул./ж.к. ,, ”, № , бл,
вх. ” ”, ет , ап.....,

сумата: (.....) лева.

(сумата се посочва цифром и словом, в размер до 5000 лева) в качеството ни

семейство / двойка, живееща на семейни начала / жена без партньор

/вярното се подчертава/ години с постоянен адрес в Община Сливен.

За провеждане на:

.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
(посочва се една или няколко от дейностите по чл.14, ал.2 и/или ал.3 от Правила на Програма за организация и реда на работа на Общински фонд за асистирана репродукция и лечение на репродуктивни заболявания на семейства, двойки във фактическо съжителство и жени без партньор, живеещи на територията на Община Сливен).

Прилагаме и молим при разглеждане на заявлението на вземете предвид следните документи:

1. Удостоверение за настоящ и постоянен адрес на всеки от заявителите, заверено от нас с гриф: „вярно с оригинала” и саморъчен подпис.
2. Удостоверение по чл.87 от ДОПК – за всеки от заявителите – оригинал
3. Удостоверение за наличие или липса на дължими местни данъци и такси от Община Сливен – оригинал.
4. Удостоверение от НЗОК за непрекъснати здравноосигурителни права – оригинал.
5. Декларация по образец – Приложение № 2 – когато е приложимо за двойки, живеещи във фактическо съжителство на семейни начала
6. Декларация от кандидатстваща жена без партньор, че не е сключила граждански брак и не се намира във фактическо съжителство с партньор – Приложение № 3
7. Декларация от всеки от заявителите, че не са поставени под запрещение Приложение №4- оригинал.
8. Декларация, удостоверяваща липсата на кръвно родство по права линия и по съребрена линия до четвърта степен между заявителите: Приложение № 5
9. Заявление за установяване на направени разходи за дейности предвидени в чл. 14, ал. 2 и ал. 3 от Правила на Програма за организацията и реда на работа на Общински фонд за асистирана репродукция и лечение на репродуктивни заболявания – Приложение № 6
10. Декларация за наличие или липса на подадени документи във фонда за асистирана репродукция по Приложение №7
11. Декларация за имуществено състояние – Приложение № 8
12. Декларация за съгласие от заявителите за съхранение и обработка на лични данни -Приложение № 9
13. Декларация, даваща информация за резултата от направените изследвания и/или процедури - Приложение № 10
14. Медицинска документация, заверена от нас с гриф: „вярно с оригинала” и саморъчен подпис, по всички или някое следните обстоятелства, установяващи репродуктивни заболявания:
 - етапни епикризи;
 - документи за извършване на един или повече от следните методи: ХСГ и/или лапароскопия и/или лапаротомия, като ехографското изследване не е доказателствен метод;
 - документи за извършване на два или повече спермални анализа, последният от които е извършен преди не повече от 6 месеца преди подаване на заявлението. Ползват се критериите на Световната здравна организация /СЗО/ за нормоспермия, като е желателно поне едно от изследванията да е с морфология, оценена по критериите на Крюгер;
 - при липса на овулация поради LUFs, документи относно поне два цикъла с ехографски разчитания и снимки;
 - при неизяснен стерилитет – тапии за безплодие в период поне две години, лекувано чрез конвенционални методи, вкл. С реализирани поне два цикъла с вътрематочни инсеминации.

С уважение:

2.

§ 3. Приложение обр.3.

ДЕКЛАРАЦИЯ

Подписаната _____,
родена на _____ г. в гр.(с.) _____, област _____,
постоянен адрес _____,
ЕГН _____ с настоящ адрес гр.(с.) _____,
област _____, ул.(ж.к.) _____ № _____,
бл. _____, вх. _____, ет. _____, ап. _____

ДЕКЛАРИРАМ,

че не съм сключила граждански брак и не се намирам във фактическо съжителство с партньор.

дата.....

гр.....

ДЕКЛАРАТОР:

подпис

§4. Приложение обр.4

**ДО
ОБЩИНСКИ ФОНД ЗА АСИТИРАНА
РЕПРОДУКЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ НА
РЕПРОДУКТИВНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА
ОБЩИНА СЛИВЕН**

ДЕКЛАРАЦИЯ

Подписаният:.....

ЕГН.....

ДЕКЛАРИРАМ, че не съм поставен под запрещение.

Известно ми е, че за деклариране на неверни данни, нося наказателна отговорност по чл. 313 от Наказателния кодекс.

/три имена и подпис /

Дата

Гр.

§5. Приложение обр.5

ДО
ОБЩНСКИ ФОНД ЗА АСИТИРАНА
РЕПРОДУКЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ НА
РЕПРОДУКТИВНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА
ОБЩИНА СЛИВЕН

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаните:

1.от,ЕГН:

(трите имена)

постоянен адрес : обл....., общ, гр.с.....

ул./ж.к. ,, ”, №.....

вх.”.....”, ет....., ап.бл.....

и

2. от,ЕГН:

(трите имена)

постоянен адрес : обл....., общ, гр.с.....

ул./ж.к. ,, ”, №.....

вх.”.....”, ет....., ап.бл.....

С настоящата

ДЕКЛАРИРАМЕ

по реда, предвиден в Правила на Програма за организация и реда на работа на Общински фонд за асистирана репродукция и лечение на репродуктивни заболявания на семейства, двойки във фактическо съжителство и жени без партньор, живеещи на територията на Община Сливен, че:

между нас не е налице кръвно родство по права линия и по сребрена линия до четвърта степен!

Запознати сме с предвидената наказателна отговорност по чл.313 от НК за деклариране на неверни данни!

Декларатори:

2.

.....
подпис

2.

.....
подпис

**Попълва се от семейства и двойки във фактическо съжителство.*

§6. Приложение обр.6

ДО ОБЩИНСКИ ФОНД ЗА АСИСТИРАНА РЕПРОДУКЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ НА РЕПРОДУКТИВНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ОБЩИНА СЛИВЕН

ЗАЯВЛЕНИЕ

1 .от ЕГН:
(трите имена)

постоянен адрес : обл....., общ , гр.с..... ,
ул./ж.к. ,, ”, №....., бл ,
вх.” ”, ет , ап.....

2.от ,ЕГН:.....
(трите имена)

постоянен адрес : обл....., общ , гр.с..... ,
ул./ж.к. ,, ”, №....., бл ,
вх.” ”, ет , ап.....

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ПРЕДСЕДАТЕЛ,

С настоящото моля/молим да заявите пред Кмета на Община Сливен изплащането на сумата общо:

..... (.....) лева,
(сумата се посочва цифром и словом, в размер до 5000 лева)

представляваща реално направените от нас разходи за дейности предвидени в чл.14, ал.2 и ал.3 от Правила на Програма за организация и реда на работа на Общински фонд за асистирана репродукция и лечение на репродуктивни заболявания на семейства, двойки във фактическо съжителство и жени без партньор, живеещи на територията на Община Сливен, като поискате изплащане на:

1.....,ЕГН:.....
(трите имена)

постоянен адрес : обл....., общ , гр.с..... ,
ул./ж.к. ,, ”, №....., бл ,
вх.” ”, ет , ап.....

сумата: (.....) лева.
(сумата се посочва цифром и словом)

на каса / по сметка IBAN.....
вярното се подчертава

и на:

2.,ЕГН:.....
(трите имена)

постоянен адрес : обл....., общ , гр.с.....

ул./ж.к. „.....”, №....., бл.....,
вх.”.....”, ет....., ап.....

сумата: (.....) лева.
(сумата се посочва цифром и словом)

на каса / по сметка IBAN.....
вярното се подчертава

За установяване на направените разходи и наличие на условията за изплащане на отпуснатите суми прилагаме и молим при разглеждане на заявлението на вземете предвид следните документи, заверени от нас с гриф: „вярно с оригинала” и саморъчен подпис:

- Фактури и медицинска документация, съдържаща пълно описание и стойност на извършените дейности и използваните лекарствени продукти, издадени от съответното акредитирано медицинско заведение.

- Заверени преписи от решението по чл.9 и чл.13 от Правила на Програма за организация и реда на работа на Общински фонд за асистирана репродукция и лечение на репродуктивни заболявания на семейства и двойки във фактическо съжителство, живеещи на територията на Община Сливен.

С уважение:

1.....

подпис

2.....

подпис

§7. Приложение обр.7

**ДО
ОБЩИНСКИ ФОНД ЗА АСИТИРАНА
РЕПРОДУКЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ НА
РЕПРОДУКТИВНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА
ОБЩИНА СЛИВЕН**

ДЕКЛАРАЦИЯ

Подписаните:

....., ЕГН

и

....., ЕГН

ДЕКЛАРИРАМ/МЕ по реда, предвиден в Правила на Програма за организация и реда на работа на Общински фонд за асистирана репродукция и лечение на репродуктивни заболявания на семейства, двойки във фактическо съжителство и жени без партньор, живеещи на територията на Община Сливен, че:

Имам/ме/нямам/ме подадени документи във Център „Фонд за асистирана репродукция” с входящ № /..... и не сме одобрени за финансово подпомагане за същите процедури, за които кандидатстваме от други фондове.

Известно ми е, че за деклариране на неверни данни, нося наказателна отговорност по чл. 313 от Наказателния кодекс.

дата /трите имена и подпис/.....

гр. /трите имена и подпис /.....

§8. Приложение обр.8

ДО
ОБЩИНСКИ ФОНД ЗА АСИТИРАНА
РЕПРОДУКЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ НА
РЕПРОДУКТИВНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ
НА ОБЩИНА СЛИВЕН

ДЕКЛАРАЦИЯ за имуществено състояние

Долуподписаните:

1ЕГН:

.....

(трите имена)

постоянен адрес : обл....., общ., гр.с.....,
ул./ж.к. „.....”, №....., бл.....,
вх.”.....”, ет....., ап.....

и

2ЕГН:

.....

(трите имена)

постоянен адрес : обл....., общ., гр.с.....,
ул./ж.к. „.....”, №....., бл.....,
вх.”.....”, ет....., ап.....

С настоящата

ДЕКЛАРИРАМ/МЕ

Притежавам/ме слените недвижими имоти:

..... на името на
находящ се в гр./с.

..... на името на
находящ се в гр./с.

..... на името на
находящ се в гр./с.

..... на името на
находящ се в гр./с.

дата.....

Декларатори: 1.

/подпис/

гр.....

2.

/ подпис /

§9. Приложение обр. 9.

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният/та

.....

ЕГН....., ЛК №

издадена от на

ДЕКЛАРИРАМ:

Съгласен/а съм Община Сливен да съхранява и обработва личните ми данни, съгласно изискванията на Закона за защита на личните данни, които предоставям във връзка с кандидатстване за финансово подпомагане към общински фонд за асистирана репродукция и лечение на репродуктивни заболявания на семейства, двойки във фактическо съжителство и жени без партньор, живеещи на територията на Община Сливен

Запознат/а съм с:

- целта и средствата на обработка на личните ми данни;
- доброволния характер на предоставянето на данните и последиците от отказа за предоставянето им.

Дата: г.

ДЕКЛАРАТОР:

гр. Сливен

§10. Приложение обр.10

ДЕКЛАРАЦИЯ

Подписаният/ата _____,
роден (а) на _____ г. в гр.(с.) _____, област _____,
постоянен адрес _____,
ЕГН _____ с настоящ адрес гр.(с.) _____,
област _____, ул.(ж.к.) _____ № _____,
бл. _____, вх. _____, ет. _____, ап. _____

ДЕКЛАРИРАМ:

Със средствата от Общински фонд Сливен, направих следните изследвания и/или процедури

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....,резултата е.....
.....
.....

дата.....

гр.....

ДЕКЛАРАТОР:

подпис