**§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.

1.....ЕГН: .....
*(трите имена)*
постоянен адрес : обл ....., общ..... , гр./с .....,
ул./ж.к. „..... ”, № ..... , бл.....
вх.”.....”, ет....., ап ..... ,
сумата:..... ( .....)евро.
*( сумата се посочва цифром и словом, в размер до 3000 евро)*
и на
2.....ЕГН: .....
*(трите имена)*
постоянен адрес : обл ....., общ..... , гр./с .....,
ул./ж.к. „..... ”, № ..... , бл.....
вх.”.....”, ет....., ап ..... ,
сумата:..... ( .....) евро
*( сумата се посочва цифром и словом, в размер до 3000 евро*) в качеството ни **семейство / двойка, живееща на семейни начала / жена без партньор**
*/вярното се подчертава/* повече от три 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 да 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 – оригинал.
6. Декларация от кандидатстваща жена без партньор, че не живее на семейни начала и няма 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 — оригинал.
9. Заявление за установяване на направени разходи за дейности предвидени в чл.14, ал.2 и ал.3 от Правилата на Програмата – 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 от заявителите за съгласие 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:**

1. ……
*подпис*
2. ……
*подпис*