

ДО
КМЕТА
НА ОБЩИНА БЕЛОСЛАВ

ЗАЯВЛЕНИЕ

От.....

ЕГН

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Адрес: гр./ с.....област.....
ж.к /ул.....№.....бл.....вх.....ет.....

УВАЖАЕМИ Г-Н КМЕТ,

Моля да ми бъде отпусната еднократна помощ като социално слабо лице в размер на евро.
/размер на помощта в цифри/

Същата ми е необходима за:.....
.....
/описва се за какво ще се ползва помощта/

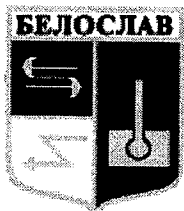
Прилагам следните документи:

- Копие от документ за самоличност / за справка /
- Служебна бележка за доходите за предходния месец /предприятие, фирма, социално осигуряване/
- Удостоверение за декларираните данни/от МДТ-Община Белослав/
- Удостоверение за семейно положение/ЦИОУ-Община Белослав/
- Документ за здравословно състояние/копие/ТЕЛК, решение на ЛКК, НЕЛКК, епикризи и др.
- Документ за трудова заетост или служебна бележка от Дирекция "Бюро по труда"

Декларирам съгласие за съхранение и обработка на личните ми данни, които предоставям във връзка с изпълнението на заявената от мен административна услуга, при спазване на разпоредбите на Закона за защита на личните данни и Регламент (ЕС) 2016/679 (GDPR).

Дата:.....

С уважение:.....



ДЕКЛАРАЦИЯ

от.....
(име, презиме, фамилия)

Настоящ адрес: гр. (с)....., област.....

община....., ж.к./кв.

ул. №..... бл., вх., ет., ап., тел.

Постоянен адрес: гр. (с)....., област.....

ул. №..... бл., вх., ет., ап., тел.

ДЕКЛАРИРАМ:

1. Аз и членовете на семейството ми не съм (сме) извършили прехвърляне срещу заплащане (продажба) на жилищен или вилен имот и/или идеални части от тях през последните 5 години да не

2. Аз и членовете на семейството ми не съм (сме) извършили прехвърляне чрез договор за дарение собствеността върху жилищен или вилен имот или идеални части от тях през последните 5 години да не

3. Не съм регистриран като ЕТ и не съм собственик на капитал на търговско дружество да не

4. Декларирам(е), че не съм (сме) сключвал(и) договор за предоставяне на собственост срещу задължение за издръжка и/или гледане да не

5. На мен и членовете на семейството ми през последните 3 години не са налагани санкции по Закона за облагане доходите на физическите лица да не

6. Декларирам, че аз и членовете на семейството ми не сме пътували зад граница на собствени разноски през последните 12 месеца да не

7. Давам(е) съгласието си размерът на отпуснатата помощ да бъде обявен на видно място да не

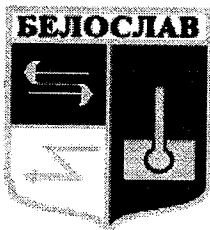
8. Известно ми (ни) е, че за вписването на неверни данни в тази декларация освен наказателна и гражданска отговорност, която нося, ще бъда лишен (лишени) от правото на социална помощ за срок от една година и получената неправомерно помощ подлежи на връщане с лихвата, определена за държавни вземания да не

Декларирам съгласие за съхранение и обработка на личните ми данни, които предоставям във връзка с изпълнението на заявената от мен административна услуга, при спазване на разпоредбите на Закона за защита на личните данни и Регламент (ЕС) 2016/679 (GDPR).

Дата:

Декларатор:

(име, презиме, фамилия)



ОБЩИНА БЕЛОСЛАВ – ВАРНЕНСКА ОБЛАСТ

Кмет: 05112 / 25-54
Зам.кмет: 05112 / 35-70
Зам.кмет: 05112 / 35-77
Секретар: 05112 / 35-55
Централа: 05112 / 35-53

Факс: 05112 / 22-14
beloslav.eu@gmail.com
obshtina_beloslav@beloslav.org
www.beloslav.org



САЩЕ КЪМ ХОРАТА

Приложение 2

ДО
Г-Н ДЕЯН ИВАНОВ КМЕТ НА
ОБЩИНА БЕЛОСЛАВ

ЗАЯВЛЕНИЕ

1. от, ЕГН:
(трите имена)

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

и

2. от, ЕГН:
(трите имена)

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

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ИВАНОВ,

С настоящото молим да образувате преписка, по която като разгледате настоящото заявление и приложените към него документи, да се произнесете с решение по реда предвиден в Правилник за реда и начина за отпускане на еднократна финансова помощ за лечение на семейства и лица живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми на територията на Община Белослав, като предложите па Общински съвет Белослав отпускането на:

1....., ЕГН:
(трите имена)

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

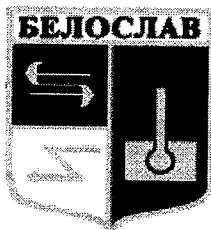
телефон за контакт и e-mail.....

сумата:.....(.....) евро.

и на

2....., ЕГН:
(трите имена)

постоянен адрес: общ. Белослав, гр./с.....



ОБЩИНА БЕЛОСЛАВ – ВАРНЕНСКА ОБЛАСТ

Кмет: 05112 / 25-54
Зам.кмет: 05112 / 35-70
Зам.кмет: 05112 / 35-77
Секретар: 05112 / 35-55
Централа: 05112 / 35-53

Факс: 05112 / 22-14
beloslav.eu@gmail.com
obshtina_beloslav@beloslav.org
www.beloslav.org



С МИЛЪЕ КЪМ ХОРАТА

4. Декларация по образец - Приложение № 2 - когато е приложимо за двойки, живеещи във фактическо съжителство на семейни начала - оригинал, а за семействата- копие от Акта за граждански брак, заверено с гриф: „вярно с оригинала” и саморъчен подпис.
5. Декларация от всеки заявител за съпруга /партньора/, че не е поставен под запрещение: Приложение № 3 - оригинал.
6. Декларация, удостоверяваща липсата на кръвно родство по права линия и по сребрена линия до четвърта степен между заявителите: Приложение №4 – оригинал.
7. Декларация за съгласие за съхраняване и обработване на лични данни: Приложение № 5- оригинал.
8. Медицинска документация, заверена с гриф: „вярно с оригинала” и саморъчен подпис, по всички или някое от следните обстоятелства, удостоверяващи наличие на репродуктивни нарушения и съответната причина за безплодието:
 - 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 - 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, заверени от нас с гриф: „вярно с оригинала” и саморъчен подпис.

Дата:

С уважение:

1.
(подпис)

2.
(подпис)



ОБЩИНА БЕЛОСЛАВ – ВАРНЕНСКА ОБЛАСТ

Кмет: 05112 / 25-54
Зам.кмет: 05112 / 35-70
Зам.кмет: 05112 / 35-77
Секретар: 05112 / 35-55
Централа: 05112 / 35-53

Факс: 05112 / 22-14
beloslav.eu@gmail.com
obshtina_beloslav@beloslav.org
www.beloslav.org



С ЛЮБЕ КЪМ ХОРАТА

Приложение 2.1

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаните:

1., ЕГН:
(трите имена)

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

и

2., ЕГН:
(трите имена)

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

С настоящата

ДЕКЛАРИРАМЕ

по реда, предвиден в Правилник за реда и начина за отпускане на еднократна финансова помощ от Община Белослав за лечение на семейства и лица живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми в Община Белослав, че:

живеем във фактическо съжителство на семейни начала
от..... ГОД.

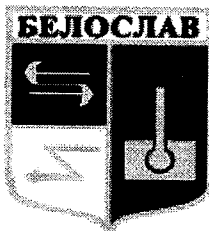
Запознати сме с предвидената наказателна отговорност по чл.313 от НК за деклариране на неверни данни!

Дата:

Декларатори:

1.
(подпис)

2.
(подпис)



ОБЩИНА БЕЛОСЛАВ – ВАРНЕНСКА ОБЛАСТ

Кмет: 05112 / 25-54
Зам.кмет: 05112 / 35-70
Зам.кмет: 05112 / 35-77
Секретар: 05112 / 35-55
Централа: 05112 / 35-53

Факс: 05112 / 22-14
beloslav.eu@gmail.com
obshtina_beloslav@beloslav.org
www.beloslav.org



СЛУЖЕ КЪМ ХОРАТА

Приложение 2.2

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният/ долуподписаната:

....., ЕГН:.....

(трите имена)

постоянен адрес: общ. Белослав, гр./с.....

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

С настоящата

ДЕКЛАРИРАМ

по реда, предвиден в Правилник за реда и начина за отпускане на еднократна финансова помощ от Община Белослав за лечение на семейства и лица живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми в Община Белослав, че:

съпругът/-та, партньор/-ката ми:

....., ЕГН:.....

(трите имена)

постоянен адрес: общ. Белослав, гр./с.....

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

не е поставен/а под запрещение!

Запознат/а съм с предвидената наказателна отговорност по чл.313 от НК за деклариране на неверни данни!

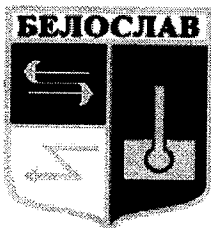
Дата:

Декларатор:

1.

(подпис)

Забележка: Тази декларация се подава от всеки заявител за неговия съпруг/-а, партньор/-ка!



Приложение 2.3

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаните:

1., ЕГН:
(трите имена)

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

и

2., ЕГН:
(трите имена)

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

С настоящата

ДЕКЛАРИРАМЕ

по реда, предвиден в Правилник за реда и начина за отпускане на еднократна финансова помощ от Община Белослав за лечение на семейства и лица живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми в Община Белослав, че:

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

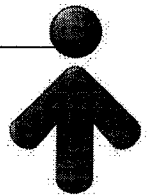
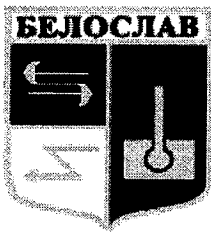
Запознати сме с предвидената наказателна отговорност по чл.313 от НК за деклариране на неверни данни!

Дата:

Декларатори:

1.
(подпис)

2.
(подпис)



ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният/ долуподписаната:

....., ЕГН:.....
(трите имена)

постоянен адрес: общ. Белослав, гр./с.....,
ул./ж.к. „.....”, №....., бл.....вх. „.....”, ет.,
ап., ЛК №....., изд. на ОТ

ДЕКЛАРИРАМ:

Съгласен/на съм, Община Белослав и Общински съвет - Белослав да съхраняват и обработват личните ми данни, съгласно изискванията на Закона за защита на лични те данни, които предоставям във връзка с кандидатстване за отпускане на финансова помощ от Община Белослав за лечение на семейства и лица живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми на територията на Община Белослав.

Запознат/та съм с:

- > целта и средствата на обработка на личните ми данни;
- > доброволния характер на предоставянето на данните и последиците от отказа за предоставянето им;
- > правото на достъп на събраните данни;
- > наименование на адреса на Община Белослав и Общински съвет – Белослав;

С настоящото декларирам съгласие за обработка на личните ми данни и предоставянето им на обслужващия банков клон в качеството му на изпълнител по договор за изплащане на здравните помощи чрез дебитни карти, както и при необходимост на други органи, при спазване на разпоредбите на Закона защита на личните данни.

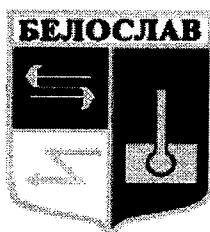
Дата:

Декларатор:

1.
(подпис)

Приложение 3

Критерии за кандидатстване, индикации, изследвания, медицински услуги,



Кмет: 05112 / 25-54
Зам.кмет: 05112 / 35-70
Зам.кмет: 05112 / 35-77
Секретар: 05112 / 35-55
Централа: 05112 / 35-53

Факс: 05112 / 22-14
beloslav.eu@gmail.com
obshtina_beloslav@beloslav.org
www.beloslav.org



САМИЦЕ КЪМ ХОРАТА

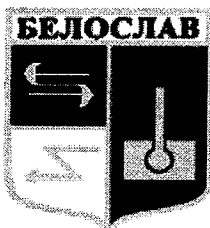
манипулации и процедури по които Община Белослав ще отпуска финансови средства за лечение на семейства и лица, живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми на територията на Община Белослав.

Със средства, предвидени в бюджета на Община Белослав, се финансират лица с безплодие, лечимо преди всичко с методите на АРТ(асистиран репродуктивни технологии) и включително чрез ин витро оплождане, при наличие на следните **индикации:**

1. Безплодие с неизяснена чрез конвенционалните диагностични методи етиология;
2. Ендометриоза, засягаща аднексите и свързана с безплодието;
3. Тубарен стерилитет при жената/МКБ-Х: N97.1/, доказан чрез общоприетите начини за поставяне на диагнозата „тубарен стерилитет“- лапароскопия, лапаротомия или хистеросалпингография(ХСГ):
 - а/липса на маточни тръби двустранно/оперативно отстранени/.
 - б/едностранна липса с контралатерална непроходимост или стеноза.
 - в/двустранна непроходимост на маточните тръби/вкл. след стерилизация/.
 - г/едностранна непроходимост с контралатерална стеноза.
 - д/двустранна интерстициална или истмична стеноза.
 - е/състояние след пластика на маточните 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: N97.4/.
6. Други форми на безплодие с доказана необходимост от лечение чрез АРТ.

(1).Със средства, предвидени в бюджета на Община Белослав, се финансират следните изследвания, медицински услуги и манипулации:

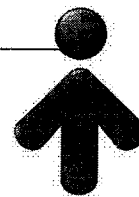
1. микробиологични изследвания;
2. спермален анализ;
3. изследвания за трансмисивни инфекции;
4. кръвногруппова принадлежност и резус фактор;
5. хормонални изследвания- контоли и преди КОХС;
6. кръвна картина, биохимия и хемостаза преди КОХС;
7. други специфични изследвания/генетични, имунологични и др./;
8. консултации и прегледи при специалисти по акушерство и гинекология и по-специално тесни специалисти, работещи в областта на репродуктивното здраве, медицинската генетика и имунология, ендокринологии, уролози, андролози и др./;
9. индукция на овулацията и/или КОХС с кломифен цитрат и др. СЕРМ;
10. ембриоредутция;
11. предимплантационна генетична диагностика или скрининг/PGD/PCS/;
12. овоцитна донация;
13. ембриодонация;
14. процедура за подготовка на маточната лигавица за успешен трансфер на ембриони;
15. GIFT, ZIFT и др. подобни;
16. имунологични вливания;
17. гинекологични операции и изследвания- лапароскопия, лапаротомия, цветна снимка ХСГ/хистеросалпингография/, хистероскопия, комбинирана лапаро и хистероскопия, както и операции, които са необходими за подобряване на



ОБЩИНА БЕЛОСЛАВ – ВАРНЕНСКА ОБЛАСТ

Кмет: 05112 / 25-54
Зам.кмет: 05112 / 35-70
Зам.кмет: 05112 / 35-77
Секретар: 05112 / 35-55
Централа: 05112 / 35-53

Факс: 05112 / 22-14
beloslav.eu@gmail.com
obshtina_beloslav@beloslav.org
www.beloslav.org



С ЛЮБЕ КЪМ ХОРАТА

репродуктивната функция при мъжа;

(2). Със средства, предвидени в бюджета на Община Белослав, се финансират следните процедури:

1. Контролирана овариална хиперстимулация /КОХС/ с един или по-вече от един от следните лекарствени продукти /по групи/=
 - а/аналози на гонадолибералина/агонисти или антагонисти/;
 - б/гонадотропни хормони/уринарни или рекомбинантни/;
 - в/други/за лутеална поддръжка/- стероиди и/или хорионгонадотропин/;
2. АРТ методи/методи на асистиран репродуктивни технологии/:
 - а/фоликулна пункция под ехографски контрол;
 - б/класическо ин витро оплождане;
 - в/оплождане чрез ICSI (IMSI);
 - г/ин витро на естествен(спонтанен) цикъл;
 - д/ин витро процедура с донорски генетичен материал;
 - е/криоконсервация(замразяване) на предимплантационни ембриони, яйцеклетки и/или сперматозоиди;
 - ж/ембриотрансфер/вкл. и на размразени ембриони след криоконсервация/;
 - з/инсеминации от партньора или с материал от донор;
 - и/ин витро матурация;
 - й/тестикуларна и/или епидидимална биопсия /TESE, PESA, MESA/, както и имунологична биопсия на матката;
3. Контрол на стимулационния процес чрез:
 - ехографски прегледи;
 - хормонални изследвания;