

И С К А Н Е

1ЕГН:.....
(име, презиме, фамилия)

постоянен адрес : общ. Нови пазар, гр.с.....
ул./ж.к.,.....", №....., бл.
вх.,.....", ет..... ап..... телефон за контакт и e-mail.....
2ЕГН:.....

(име, презиме, фамилия)

постоянен адрес : общ. Нови пазар, гр.с.....
ул./ж.к.,.....", №....., бл.
вх.,.....", ет..... ап..... телефон за контакт и e-mail.....

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН КМЕТ,

Моля да ни бъде отпусната сума в размер на:

- 2 000 лв. за изследвания и манипулации, които не се финансират от ЦАР;
- 2 000 лв. за изследвания, манипулации и/или инвитро процедура със собствен генетичен материал;
- 3 500 лв. за изследвания, манипулации и ин-витро процедури по донорска програма.

Прилагаме следните документи:

1. Медицинско свидетелство, за всеки от заявителите, че не се води на диспансерен учет за психично заболяване *-оригинал;*
2. Становище от АГ-специалист, че към момента на подаване на заявлението няма настъпила - бременност *оригинал;*
3. Декларация по образец (Приложение №2);
4. Медицинска документация / копия/, заверена с гриф: „Вярно с оригинала" и саморъчен подпис, по някое или по венчки обетоятелства, удостоверяващи наличие на репродуктивни нарушения и съответната причина за безплодието.
5. Документ от клинична онкологична комисия, че няма опасност за извършване на заявената дейност./ В случай, че жената от двойката е с онкологично заболяване/.

Информирани сме, че личните ни данни се обработват за целите на административното обслужване.

С уважение :

1.....

/име и фамилия, подпис/

2.....

/име и фамилия, подпис/

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаните:

1., ЕГН:

(име, презиме, фамилия)

постоянен адрес : общ. Нови пазар, гр.с.

ул./ж.к., " № , бл.

х. " , ет. ап.

и

2., ЕГН:

(име, презиме, фамилия)

постоянен адрес : общ. Нови пазар, гр.с.

ул./ж.к., " № , бл.

вх., " , ет. ап.

ДЕКЛАРИРАМЕ

по реда, предвиден в „Правилник за финансово подпомагане на процедури „ин витро“ на двойки и семейства с репродуктивни проблеми в Община Нови пазар“, че:

1. Живеем във фактическо съжителство на семейни начала от год.
2. Съпругът/партньорът ми: не е поставен под запрещение. (име, презиме, фамилия)
3. Съпругата/партньорката ми: не е поставена под запрещение. (име, презиме, фамилия)
4. Между нас не е налице кръвно родство по права линия и по съребрена линия до четвърта степен.

5. Изразходили сме опитите за ин витро процедури, финансирани от Центъра за асистирана репродукция - гр. София /ЦАР/.
6. Не отговаряме на условията и изискванията за финансиране от Центъра за асистирана репродукция - гр. София /ЦАР/.

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

Дата:

Декларатори:

.....
/име и фамилия, подпис/

.....
/име и фамилия, подпис/

ДО
КМЕТА НА ОБЩИНА НОВИ ПАЗАР

Приложение №3

ИСКАНЕ

1., ЕГН:

(трите имена)

постоянен адрес : общ. Нови пазар, гр.с,
ул./ж.к., "№....., бл
х." ет, ап..... телефон за контакт и e-mail

2., ЕГН:

(трите имена)

постоянен адрес : общ. Нови пазар, гр.с,
ул./ж.к., "№....., бл..... в
х." ", ет..... ап..... телефон за контакт и e-mail

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН КМЕТ,

С настоящото молим да потвърдите изплащането на сумата общо:

..... (.....) лева,
(сумата се посочва цифром и словом, в размер до 2000 лева или до 3500
лева в зависимост от Решението на комисията по репродуктивни
проблеми за одобрение)

по сметка ИВАН.....
на името на.....
представляваща реално направените от нас разходи за процедурите,
изследванията, медицинските услуги и манипулациите.

За установяване на направените разходи и наличие на условията за изплащане
на отпуснатите суми прилагаме:

1. Оригинални фактури, придружени от касови бонове или платежни документи;
2. Медицинска документация, съдържаща пълно описание и стойност на извършените
3. Процедури, изследвания, медицински услуги и манипулации, издадени от
4. съответното акредитирано медицинско заведение.
5. Информирани сме, че личните ни данни се обработват за целите на административното обслужване.

Дата:

С уважение :

1. _____
2. _____

Приложение №4

Финансова помощ от Община Нови пазар за лечение на семейства и лица, живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми

Искане №

Име:

Име:

I. Проверка за съответствие на документи

№	Документ	ДА	НЕ
1	Служебна проверка на документ за самоличност /на всеки от заявителите /		
2	Удостоверение, за всеки от заявителите, че не се води на диспансерен учет за психично заболяване		
3	Становище от АГ-специалист за липса на бременност към момента на подаване на документите		
4	Декларация по образец /Приложение 2/		
5	Медицинска документация, удостоверяваща наличие на репродуктивни проблеми		
6	Други документи		

Проверил документите:

Дата:/име, фамилия/

Подпис:.....

II. Служебна проверка

№	Документ	ДА	НЕ
1	Съдебно минало на лицето /за всеки от заявителите/		
2	Наличие или липса на задължения, към Община Нови пазар и данъчни задължения към държавата /за всеки от заявителите/		
3	Здравноосигурителен статус/за всеки от заявителите/		

Извършил проверката:

.....
/име, фамилия/

Подпис:

III. Проверка на медицинска документация

№	Документ	ДА	НЕ
1.	За определяне на финансова помощ до 2 000 лв. за изследвания и манипулации, които не се финансират от ЦАР		
2.	За определяне на финансова помощ до 2 000 лв. за изследвания, манипулации и/или ин-витро процедура със собствен генетичен материал		
3.	За определяне на финансова помощ до 3 500 лв. за изследвания, манипулации и ин-витро процедура по донорска програма		

Проверили документите:

.....Подпис:
Дата:.....
Подпис:
Дата:.....
Подпис:Дата:.....
 Становище:.....

Началник отдел „Хуманитарна политика и ППСН“

Подпис:
 Дата:

Приложение № 5

За отпусната финансова помощ от Община Нови пазар за лечение на семейства и лица, живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми

Искане №.....

Име:

Име:

Протокол на Комисията по репродуктивни проблеми №.....

Проверка за съответствие на документи

Проверка за съответствие		ДА	НЕ
1	Извършена служебна проверка на лични карти на лицата, на които е отпусната еднократна финансова помощ за лечение на безплодие		
2	Извършена служебна проверка за съответствие на данните от личните карти и данните в банкова сметка		

Извърших служебна проверка на документите (лични карти и банкова сметка).
Данните по лични карти съответстват на данните в банковата сметка.

Дата:

Име:.....

Подпис:.....

Длъжност:

Отдел "Хуманитарна политика и ППСЦ"