

П Р А В И Л Н И К

за организация и реда на работа на Общински фонд за асистирана репродукция и лечение на репродуктивни заболявания на семейства и лица, живеещи на семейни начала в Община Сливен

*/приет с Решение № 815/27.06.2013 г. на ОбС – Сливен,
изм. и доп. с Реш. № 917/26.09.2013 год., изм. с Реш. №1507/27.11.2014 год. и изм. и
доп. с Реш. №11/18.12.2015 год. /*

ГЛАВА ПЪРВА ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

Предмет:

Чл. 1. С този правилник се определят органите, реда и условията по финансово подпомагане за изследвания и процедури, свързани с лечение на безплодието на семейства и лица с репродуктивни проблеми, живеещи на семейни начала, 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 и лица, живеещи на семейни начала в 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 и лица, живеещи на семейни начала в Община Сливен се определят всяка календарна година, заедно с бюджета на Община Сливен, по предложение на комисията по този правилник.

Органи:

Чл.3. (1) *(изм. с Реш. № 917/26.09.2013 год.)* Дейността на Общинския фонд за асистирана репродукция и лечение на репродуктивни заболявания на семейства и лица, живеещи на семейни начала в 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) *(изм. с Реш. № 917/26.09.2013 год.)* 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) *(Нова)(Реш. №11/18.12.2015 год.)* Комисията се утвърждава с решение на Общински съвет Сливен и е със срок на действие, равен на срока на действие на съответния Общински съвет.

Чл.3а.(Нов)(Реш.№1507/27.11.2014год., в сила от 01.12.2014 год.)(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;

(4) За дейността си Секретарят получава месечно възнаграждение в размер на $\frac{1}{4}$ от минималната работна заплата за страната. Възнаграждението е за сметка на одобрения бюджет на Общинския фонд за асистирана репродукция.

Чл.4. Административната дейност на комисията се осигурява от служител на общинската администрация – член на комисията.

Компетентност:

Чл.5 (1) Комисията по чл.3:

1. Разглежда искания и взема решения за финансово подпомагане на семейства и лица, живеещи на семейни начала, живущи на територията на Община Сливен, за извършване на дейности по асистирана репродукция при безплодие, лечимо преди всичко 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 този Правилник пред Общински съвет Сливен.

(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 този правилник.

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 този Правилник.

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. (1) 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 лицата от кандидатстващата двойка заявители, техният адрес, ЕГН и входящия номер на заявлението им.

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. (1). 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.(1) Списъкът с одобрените кандидати, както размерът на отпуснатата сума, се одобрява с решение на комисията по чл.3, по предложението на председателят ѝ.

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-салпингография/:

- липса на маточни тръби двустранно /оперативно отстранени/,

- едностранна липса с контралатериална непроходимост или стеноза,

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

- едностранна непроходимост с контралатериална 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 теразооспермия, налагаща АРТ чрез IVF или ICSI с поне 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 гонадолибералина /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 матураця;
 - ин витро на естествен цикъл;
 - ин витро процедура с донорски материал /яйцеклетка и/или сперматозоид/;
 - тестикуларна и/ или епидидимална биопсии, както и имунолочна 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 кломитен 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 две лица - семейство или двойка, живееща на семейни начала 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) (*Изм. с Реш. №11/18.12.2015 год.*) 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) (Изм. с Реш. № 917/26.09.2013 год. и с Реш. №11/18.12.2015 год.) На всяко отделно семейство или двойка, одобрени за финансово подпомагане са предвидени средства до 3000 (три 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 Правилника.

(3) (Нова) (Реш. №11/18.12.2015 год.) При одобрение на кандидатите за финансово подпомагане от Център „Фонд за асистирана репродукция“ е необходимо същите да уведомят в три дневен срок комисията по настоящия правилник. 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. Да са семейства или лица, живеещи на семейни начала, което се удостоверява с копие от удостоверение за сключен граждански брак, а при двойките, които са във фактическо съжителство с декларация (Приложение № 2);

6. 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.

7. Да имат собственост на не повече от едно семейно жилище

Раздел II.

ПРОЦЕДУРА ЗА ФИНАНСОВО ПОДПОГАМАНЕ

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. 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 № 5.

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

3. Заверени преписи от решението по чл.9 и чл.13.

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

(3) (*Изм. с Реш. №11/18.12.2015 год.*) 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) (*Нова*)(*Реш. №11/18.12.2015 год.*) Сумите на одобрените от комисията по чл.3 кандидати за дейности изследвания по чл. 14 от този Правилник се изплащат до изчерпване на предвидените за съответната бюджетна година средства за тази дейност.

(5) (*Нова*)(*Реш. №11/18.12.2015 год.*) 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. Декларация, удостоверяваща липсата на кръвно родство по права линия и по сребрена линия до четвърта степен между заявителката и нейния партньор по Приложение № 4.

3. Декларация от съпруга /партньора/ на заявителката, че не е поставен под запрещение: Приложение № 3.

4. Документи удостоверяващи обстоятелствата по чл. 17, т.2, т.3 и т.4.

5. 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 Кръюгер;

- 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.

6. Медицински удостоверителни документи, установяващи стерилитет: етапни епикризи, медицински картони, удостоверения от клиници с отразяване факта на лечението на пациента при тях и извършените манипулации.

7. (Нова) (Реш. № 917/26.09.2013 год.) Декларация за наличие или липса на подадени документи във фонда за асистирана репродукция по Приложение №6.

(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. 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 Общинския съвет.

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

ГЛАВА ЧЕТВЪРТА

ДОПЪЛНИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ И ПРИЛОЖЕНИЯ:

Раздел I.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§1. Този Правилник е приет с Решение № 815/27.06.2013 г. по Протокол № 28 от 27.06.2013 год., от заседание на Общински съвет Сливен и е изцяло съобразен с

изискванията на Наредба 28 „За дейности по асистирана репродукция”, като специален подзаконов нормативен акт.

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

Раздел II.

ПРИЛОЖЕНИЯ:

§1. Приложение обр.1.

**ДО
ОБЩНСКИ 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 Правилника за организация и реда на работа на Общински фонд за асистирана репродукция и лечение на репродуктивни заболявания на семейства и лица, живеещи на семейни начала в Община Сливен, като предложите на Общински съвет Сливен отпускането 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, в размер до 2000 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 2000 лева)

в качеството ни на **семейство / двойка, живееща на семейни начала** повече от три
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 Правилника за организация и реда на работа на Общински фонд за асистирана репродукция и лечение на репродуктивни заболявания на семейства и лица, живеещи на семейни начала в 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 - оригинал.
6. Декларация от всеки заявител за съпруга /партньора/, че не е поставен под запрещение: Приложение № 3 – оригинал.
7. Декларация, удостоверяваща липсата на кръвно родство по права линия и по съребрена линия до четвърта степен между заявителите: Приложение № 4 – оригинал.

11. 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 - данни 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

§2. Приложение обр.2

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаните:

1., ЕГН:
(трите имена)

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

и
2.от....., ЕГН:
(трите имена)

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

С настоящата **ДЕКЛАРИРАМЕ**

по реда, предвиден в Правилника за организация и реда на работа на Общински фонд за асистирана репродукция и лечение на репродуктивни заболявания на семейства и лица, живеещи на семейни начала в Община Сливен, 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!

Декларатори:

1. _____
Подпис

2. _____
Подпис

§3. Приложение обр.3

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният/ долуподписаната:

....., ЕГН:

(трите имена)

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

С настоящата

ДЕКЛАРИРАМ

по реда, предвиден в Правилника за организация и реда на работа на Общински фонд за асистирана репродукция и лечение на репродуктивни заболявания на семейства и лица, живеещи на семейни начала в Община Сливен, че съпругът /-та, партньор/-ката ми:

....., ЕГН:

(трите имена)

постоянен адрес : обл., общ., гр./с.,
ул./ж.к. „.....”, №....., бл.....,
вх. ”.....”, ет....., ап..... **не е поставена под запрещение!**

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

Декларатор: 1. _____

подпис

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

§4. Приложение обр.4

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаните:

1....., ЕГН:

(трите имена)

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

и

2....., ЕГН:

(трите имена)

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

С настоящата

ДЕКЛАРИРАМЕ

по реда, предвиден в Правилника за организация и реда на работа на Общински фонд за асистирана репродукция и лечение на репродуктивни заболявания на семейства и лица, живеещи на семейни начала в 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

1. _____

подпис

2. _____

Подпис

§5. Приложение обр.5.

ДО ОБЩНСКИ 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 заявите пред Кмета на Община Сливен изплащането на сумата общо:

.....(.....) лева,
(сумата се посочва цифром и словом, в размер до 2000 лева)

представляваща реално направените от нас разходи за дейности предвидени в чл.14, ал.2 и ал.3 от Правилника за организация и реда на работа на Общински фонд за асистирана репродукция и лечение на репродуктивни заболявания на семейства и лица, живеещи на семейни начала в 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.....
вяното 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:

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

2. Заверени преписи от решението по чл.9 и чл.13 от от Правилника за организация и реда на работа на Общински фонд за асистирана репродукция и лечение на репродуктивни заболявания на семейства и лица, живеещи на семейни начала в Община Сливен.

С уважение :

1. _____
подпис

2. _____
Подпис

§6. (Нов) (Реш. № 917/26.0.2013 год.) Приложение обр.6

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

ДЕКЛАРАЦИЯ

Подписаните:

....., ЕГН.....

и

....., ЕГН.....

ДЕКЛАРИРАМЕ по реда, предвиден в Правилника за организация и реда на работа на Общински фонд за асистирана репродукция и лечение на репродуктивни заболявания на семейства и лица, живеещи на семейни начала в Община Сливен, че:

имаме/нямаме 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 /

ОБЩНСКИ СЪВЕТ СЛИВЕН

ПРЕДСЕДАТЕЛ: ДИМИТЪР МИТЕВ