

ДО

Комисията по чл. 10 от Правилника за организацията и реда за подпомагане на семейства и лица, живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми, решими с методите на асистиран репродуктивни техники на територията на община Шумен

ЗАЯВЛЕНИЕ

1. От....., ЕГН.....,
/трите имена/

постоянен адрес: гр./с., обл., общ.,

ул./ж.к., №, бл....., вх., ет., ап.,

телефон за контакт: и e-mail:

2. От , ЕГН.....
/трите имена/

ул./ж.к., №, бл....., вх., ет., ап.,

телефон за контакт: и e-mail:

УВАЖАЕМИ ГОСПОЖИ И ГОСПОДА,

С настоящото молим да образувате преписка, по която да разгледате настоящото заявление и приложените към него документи, да се произнесете с решение по реда на чл. 15, ал. 1, т. 6 от Правилника за организацията и реда за подпомагане на семейства и лица, живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми, решими с методите на асистиран репродуктивни техники на територията на община Шумен и ни отпуснете

Сумата: лв. (..... лева)
(сумата се посочва цифром и словом, в размер до 1500 лева)

в качеството ни на семейство/двойка, живееща на семейни начала/необвързана жена с повече от три години с постоянен

(вярното се подчертава)

и настоящ адрес в Община Шумен

За провеждане на:

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

(посочва се една или няколко от дейностите по чл. 2 от Правилника за организацията и реда за подпомагане на семейства и лица, живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми, решими с методите на асистиран репродуктивни техники на територията на община Шумен)

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

1. Заверено за вярност Удостоверение за сключен граждански брак за семействата;
2. Декларация за лицата, живеещи на семейни начала;
3. Декларации от партньорите, че не са поставени под запрещение;
4. Медицинско удостоверение от общопрактикуващ лекар /ОПЛ/ за всеки от заявителите, че не боледува от тежко хронично психично заболяване;
5. Удостоверения за доказване липсата на задължения към НАП, относно непрекъснатостта на здравноосигурителни права;
6. Копие на медицинска документация и експертно становище, доказващи необходимост от извършване на изследвания и процедури по асистирана репродукция, които не се поемат от ЦАР и НЗОК;
7. Копие на медицинска документация за извършените четири опита, финансирани от ЦАР;
8. Копие на фактура и касов бон, съдържаща описание и стойност на извършените медицински дейности;
9. Други:

Декларираме, че даваме своето информирано съгласие, Община Шумен да обработва и съхранява личните ни данни за целите и във връзка с финансовото ни подпомагане по реда на Правилника за организацията и реда за подпомагане на семейства и лица, живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми, решими с методите на асистиран репродуктивни техники на територията на община Шумен, при спазване разпоредбите на Регламент /ЕС/ 2016/679 на Европейския парламент и на Съвета и Закон за защита на личните данни.

С уважение:

1.

подпис

2.

подпис