

ПРАВИЛНИК

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 /Приет с Реш. 838 от 26.07.2018 г., изм. и доп. с Реш. 575 от 23.12.2021 г. на ОбС Шумен/

ГЛАВА ПЪРВА ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

Чл. 1. С този правилник се уреждат организацията, реда и условията за финансово подпомагане на семейства и лица, живеещи на семейни начала, с репродуктивни проблеми, решими с методите на асистиран репродуктивни техники (АРТ) на територията на община Шумен.

Чл. 2. (изм. с Реш. 575 от 23.12.2021 г.) Със средствата за подпомагане след становище на специалист по репродуктивна медицина частично се финансират изследвания, манипулации и процедури, които не се покриват от Център за асистирана репродукция (ЦАР) или Национална здравноосигурителна каса (НЗОК):

1. (изм. с Реш. 575 от 23.12.2021 г.) Изследвания, необходими като минимум съгласно Наредба 28 от 2007 г. за дейности по АРТ, включително генетични и имунологични;

2. Двойки, използващи собствен генетичен материал, които са показани за ин витро на естествен (спонтанен) цикъл при възраст на жената до 43 години;

3. Контролирана овариална хиперстимулация при овариален резерв и възраст на жената до 42 години;

4. Медицински манипулации и процедури по донорски програми:

4.1. Двойки, които са показани за ин витро процедура с донорски генетичен материал, с установени стойности на фоликулостимулиращия хормон над 12,5 и/или антимюлеров хормон под 1,0 на жени до 48 г., при мъжете с установени проблеми в сперматогенезата, доказани с две спермограми от различни лицензирани клиники по репродуктивна медицина на територията на Република България и не по-стари от 6 месеца преди подаване на заявлението.

4.2. Техники за получаване на сперматозоиди (PESA, TESA, TESE) при мъже с азооспермия и данни за инфертилитет.

5. Пети ин витро опит при двойки, които отговарят на изискванията на ЦАР и вече са направили четири опита, финансирани от ЦАР, след представяне на медицинската документация, свързана с опитите.

Чл. 3. Със средства на общинския бюджет за частично финансиране на двойки с репродуктивни проблеми се заплащат медицински дейности, извършени единствено в клиники на територията на Република България, които имат разрешително по чл. 131, ал. 1, от Закона за здравето и Наредба № 16 за условията и реда за издаване на разрешение на лечебните заведения за извършване на дейности по асистирана репродукция.

Чл. 4. Лекарствените продукти, финансирани със средства от общинския бюджет трябва да са в Позитивния лекарствен списък на Република България и се осигуряват по реда на чл. 207, ал. 1, т. 5а от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина.

Чл. 5. Финансовата помощ е в размер до 1500 лв. Тя е еднократна за годината и не ограничава правото и възможността за кандидатстване от ЦАР, когато се отнася за различни процедури.

ГЛАВА ВТОРА

ИЗТОЧНИК НА СРЕДСТВА

Чл. 6. Финансовите средства за подпомагане на семейства и лица, живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми, решими с методите на АРТ се набират:

1. От бюджета на община Шумен. Определят се всяка календарна година заедно с общия бюджет на общината по решение на Общинския съвет.

2. Чрез публични финансови програми и проекти, дарения и благотворителни акции, средствата по които се набират по специална набирателна сметка.

ГЛАВА ТРЕТА

УСЛОВИЯ И НЕОБХОДИМИ ДОКУМЕНТИ ЗА КАНДИДАТСТВАНЕ

Чл. 7. Всяка двойка има право да кандидатства за финансово подпомагане за АРТ не повече от три пъти, ако до тогава не е настъпила бременност.

Чл. 8. Кандидатите за финансово подпомагане за подпомагане на семейства и лица, живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми, решими с методите на АРТ трябва да отговарят на следните условия:

1. Задължително единият от кандидатите да е български гражданин и да е с постоянен и настоящ адрес не по-малко от три години на територията на община Шумен;

2. Да не са поставени под запрещение;

3. Да не страдат от тежки хронични психични заболявания;

4. Да са с непрекъснати здравноосигурителни права;

5. Да са семейства, лица, живеещи на семейни начала или необвързани жени.

Чл. 9. (1) Комплектът с изискуемите документи се подава на гишето, обслужващо дирекция СПЗ в запечатан плик, адресиран до дирекцията, за АРТ.

(2) Комплектът документи трябва да съдържа:

1. Заявление за финансово подпомагане на двойката за АРТ;

2. Удостоверение за сключен граждански брак за семействата;

3. Декларация за лицата, живеещи на семейни начала;

4. Декларация за необвързаност;

5. Декларации от партньорите, лицата, че не са поставени под запрещение;

6. Медицинско удостоверение от общопрактикуващ лекар /ОПЛ/ за всеки от заявителите, че не боледува от тежко хронично психично заболяване;

7. Удостоверения за доказване липсата на задължения към НАП, относно непрекъснатостта на здравноосигурителни права;

8. Заверено 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;

9. Заверено копие на медицинска документация за извършените четири опита, финансирани от ЦАР, ако основанието за кандидатстване е чл. 2, т. 5 от настоящия правилник;

10. (изм. с Реш. 575 от 23.12.2021 г.) Заверено копие на фактура и касов бон, съдържаща описание и стойност на извършените медицински дейности. Разходите да са направени в същата календарна година или месеците ноември и декември от предходната.

11. (нова, с Реш. 575 от 23.12.2021 г.) Удостоверение за банкова сметка в лева на името на ползващия услугата, по която ще се превеждат средствата за отпуснатата финансова помощ.

(3) При нужда Комисията по чл. 10 може да изисква и допълнителни документи и данни от медицинските заведения, както и да извършва проверки и запитвания.

ГЛАВА ЧЕТВЪРТА

ОРГАНИЗАЦИЯ НА ДЕЙНОСТТА

Чл. 10. Дейността за подпомагане на семейства и лица, живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми, решими с методите на АРТ от бюджета на общината, се извършва от седемчленна комисия, избрана от Общинският съвет, в която участват: заместник-кметът по социална политика и здравеопазване, представител на дирекция „Социална политика и здравеопазване“, председателят на постоянната комисия „Здравеопазване и социална политика“ към Общински съвет - Шумен, двама общински съветници, представител на дирекция „Бюджет, финанси и човешки ресурси“, специалист акушер-гинеколог.

Чл. 11. (доп. с Реш. 575 от 23.12.2021 г.) Председател е заместник-кметът по социална политика и здравеопазване на Община Шумен. При негово

отсъствие, комисията се председателства от председателя на Постоянна комисия „Здравеопазване и социална политика“ към Общински съвет Шумен.

Чл. 12. При необходимост от специфични познания председателят на комисията кани на заседанията и и други специалисти по конкретни случаи и представители на юридически лица с нестопанска цел.

Чл. 13. Административната дейност на комисията се подпомага от служител на администрацията, който е неин член и съхранява документацията по надлежния ред.

Чл. 14. (1) Предмет на дейността на комисията е:

1. Разглежда внесените искания за финансово подпомагане;
2. Осъществява контрол за спазване на критериите и условията от правоимащите за ползване на средства от общинския бюджет за подпомагане на семейства и лица, живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми, решими с методите на АРТ;

3. Изготвя списъци с одобрените и неодобрените кандидати и писмено ги уведомява за решенията си.

Чл. 15. (1) Комисията осъществява своята дейност по следните правила:

1. Комисията заседава не по-малко от три пъти годишно;
2. Заседанията на комисията са закрити.
3. Заседанията на комисията са редовни при присъствие на повече от половината членове;

4. Комисията проверява служебно верността на декларираните обстоятелства по чл. 8, т. 1 и т.2;

5. При пропуски в подадените документи комисията дава писмени указания на кандидатите за финансова помощ да допълнят преписката в срок до един месец и я разглежда отново на следващото си заседание. Ако в този срок нередностите не са отстранени преписката се прекратява;

6. Решенията за одобряване на кандидатите за финансово подпомагане, както и размера на финансовата помощ, се вземат с обикновено мнозинство при явно гласуване от присъстващите членове на комисията.

7. За всяко заседание на комисията се изготвя протокол, който съдържа разгледаните заявления, взетите решения, мотивите за тях и размера на финансовата помощ по всеки случай.

8. Всеки заявител има право да получи достъп до препис-извлечение на протокола, в частта, отнасяща се до неговото заявление;

9. (изм. с Реш. 575 от 23.12.2021 г.) При взето положително решение в пет работни дни, Комисията внася за утвърждаване от Кмета на община Шумен предложението за отпуснатите финансови средства.

10. Председателят на комисията внася пред Общинския съвет отчетен доклад за дейността ѝ на сесията през м. януари на следващата година, при спазване на конфиденциалност.

Чл. 16. Комисията работи безвъзмездно.

ГЛАВА ПЕТА

КОНФИДЕНЦИАЛНОСТ

Чл. 17. Членовете на Комисията нямат право да разгласяват факти и обстоятелства, станали им известни в хода на тяхната дейност, в съответствие с националното ни законодателство и при спазване изискванията на Регламент (ЕС) 2016/679 - за защита на личните данни.

ПРЕХОДНИ И ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§ 1. Настоящият Правилник е приет с Решение № 838 по Протокол № 35 от 26.07. 2018 г. на Общински съвет - Шумен.

§ 2. Правилникът влиза в сила от деня на публикуването му в местен ежедневник.

Настоящите изменения и допълнения 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, влизат в сила от 01.01.2022 г.

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 асистираните 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 асистираните 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

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаните:

1., ЕГН.....,
/трите имена/

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

и

2., ЕГН.....,
/трите имена/

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

С настоящата декларираме по реда, предвиден в 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, че живеем във фактическо съжителство на семейни начала отгодина.

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

Декларатори:

1.

подпис

2.

подпис

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаната:

....., ЕГН.....,
/трите имена/

постоянен адрес: гр./с., обл., общ.,

ул./ж.к., №, бл....., вх., ет., ап.,

телефон за контакт: и e-mail:

С настоящата декларирам 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, че не съм сключила граждански брак и не живея във фактическо съжителство на семейни начала с друго физическо лице.

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

Декларатор:

.....

ПОДПИС

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният/долуподписаната:

....., ЕГН.....,
/трите имена/

постоянен адрес: гр./с., обл., общ.,

ул./ж.к., №, бл....., вх., ет., ап.,

телефон за контакт: и e-mail:

С настоящата декларирам 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, че не съм поставен/а под запрещение!

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

Декларатор:

.....

ПОДПИС

Забележка: Тази декларация се подава от всеки заявител!