



# Правилник за отпускане на финансова помощ за лечение на семейства и двойки с репродуктивни проблеми, с постоянен и/или настоящ адрес на територията на Община град Добрич.

Вторник, 19 Юни 2018

## Глава първа

### ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

**Чл. 1.** С настоящия Правилник се определят реда, условията и процедурата за отпускане на финансова помощ за лечение на семейства и двойки във фактическо съжителство с репродуктивни проблеми, с постоянен и/или настоящ адрес на територията на Община град Добрич, със средства, предвидени в бюджета на Община град Добрич.

**Чл. 2.** Средствата, предвидени за финансово подпомагане на медицински дейности, свързани с лечение на безплодие, се гласуват всяка календарна година с бюджета на Община град Добрич, по предложение на Кмета.

**Чл. 3. (1) (изм. с реш. № 6-9 от 31.03.2020 г., изм. и доп. с реш. № 24-30 от 27.07.2021 г.)** Със средства, предвидени в бюджета на Община град Добрич, се финансират лица с безплодие, лечимо с методите на АРТ (асистирани репродуктивни технологии) при наличие на някои от следните индикации:

1. Безплодие с неизяснена чрез конвенционалните диагностични методи етиология;
2. Тубарен стерилитет при жената /МКБ-Х: №97.1/, 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 контралатериална непроходимост или стеноза;
  - в/ двустранна непроходимост на маточните тръби /вкл. след стерилизация/;
  - г/едностранна непроходимост с контралатериална стеноза;
  - д/ двустранна интерстициална или истмична стеноза;
  - е/ състояние след пластика на маточни тръби, най-малко 12 месеца след пластика, при положение че не е настъпвала вътрематочна бременност;
  - ж/ ендометриоза, засягаща интегритета на маточните тръби;
3. (изм. и доп. с реш. № 24-30 от 27.07.2021 г.) Стерилитет при жената, свързан с липсата на овулация поради LUFs, преждевременна яйчникова недостатъчност (POF), поликистозен овариален синдром (PCOS);
4. (нова с реш. № 24-30 от 27.07.2021 г.) Стерилитет, свързан с ендометриоза на яйчника или на тазовия перитонеум.



5. **(предишна т. 4, изм. с реш. № 24-30 от 27.07.2021 г.)** Стерилитет, свързан с мъжки фактор /МКБ-Х: №97.4/:

а/ азооспермия, при хистологични данни за наличие на сперматогенеза;

б/ олиго- и/или астено-, и/или тератозооспермия, налагаща АРТ чрез IVF или ICSI с поне два от следните параметри:

аа) обем на еякулата < 1,0 ml;

бб) концентрация на сперматозоидите < 20 милиона/ml;

вв) сперматозоиди с добра подвижност < 40 % (grade 1 - 2);

гг) сперматозоиди с добра морфология < 30 % (по СЗО) или < 15 % (по Крюгер)

дд) наличие на спермоантитела при мъжа и/или жената;

6. **(предишна т. 5, изм. с реш. № 24-30 от 27.07.2021 г.)** Доказано моногенно генетично заболяване или доказана балансирана хромозомна мутация при поне един от партньорите;

7. **(предишна т. 6, изм. с реш. № 24-30 от 27.07.2021 г.)** Доказано онкологично заболяване при жената;

8. **(предишна т. 7, изм. с реш. № 24-30 от 27.07.2021 г.)** Други форми на безплодие с доказана необходимост от лечение чрез АРТ.

(2) **(изм. и доп. с реш. № 24-30 от 27.07.2021 г.)** Може да се финансира асистирана репродукция на спонтанен цикъл след писмено съгласие на заявителката по преценка на лекуващия лекар.

(3) **(Отменена с реш. № 24-30 от 27.07.2021 г.)**

**Чл. 4.** (1) Със средства, предвидени с бюджета на Община град Добрич се финансират следните дейности по асистирана репродукция:

1. **(нова с реш. № 24-30 от 27.07.2021 г.)** Първоначалните изследвания за доказване на репродуктивни проблеми, назначени от лекар – специалист по АРТ и описани в становище, относно обективното състояние на пациента;

2. **(нова с реш. № 24-30 от 27.07.2021 г.)** Изследванията, необходими като минимум съгласно медицинския стандарт за дейности по асистирана репродукция както следва:

а) микробиологични;

б) спермален анализ;

в) за трансмисивни инфекции;

г) кръвногрупова принадлежност и резус фактор;

д) хормонални - преди КОХС;

е) на кръвни картини, биохимия и хемостаза;

ж) други специфични изследвания (генетични, имунологични и пр.);



3. **(предишна т. 1, изм. с реш. № 24-30 от 27.07.2021 г.)** Контролирана овариална (хипер)стимулация /КОХС/ с един или повече 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.

4. **(предишна т. 2, изм. с реш. № 24-30 от 27.07.2021 г.)** Контрола на стимулационния процес чрез:

а) документирани ехографски прегледи;

б) хормонални изследвания;

5. **(предишна т. 3, изм. с реш. № 24-30 от 27.07.2021 г.)** АРТ методи /ин витро методики/:

а/ фоликулна пункция под ехографски контрол;

б/ класическо инвитро оплождане;

в/ оплождане чрез т.нар. ICSI;

г) трансфер на свежи ембриони;

д) криоконсервация на предимплантационни ембриони или на яйцеклетки;

е) **(изм. с реш. № 47-14 от 26.03.2019 г.)** трансфер на размразени ембриони - необходимите ехографски прегледи, размразяване на ембрионите, култивиране при нужда и ембриотрансфер;

ж) асистирана репродукция на спонтанен цикъл - необходимите ехографски прегледи, 4 фоликулни пункции под ехографски контрол, оплождане, замразяване и размразяване на ембрионите, култивиране при нужда и необходимия брой ембриотрансфер/и;

з) **(нова - реш. № 6-9 от 31.03.2020 г.)** инвитро оплождане с донорска яйцеклетка или сперматозоиди;

и) **(нова - реш. № 6-9 от 31.03.2020 г.)** индукция на овулацията и/или КОХС с кломифен цитрат и др. СЕРМ;

й) **(нова - реш. № 6-9 от 31.03.2020 г.)** инсеминации от партньора или дарител;

к) **(нова - реш. № 6-9 от 31.03.2020 г.)** ембриоредукция;

л) **(нова - реш. № 6-9 от 31.03.2020 г.)** инвитро матурация (IVM);

м) **(нова - реш. № 6-9 от 31.03.2020 г.)** овоцитна донация;

н) **(нова - реш. № 6-9 от 31.03.2020 г.)** ембриодонация;

о) **(нова - реш. № 6-9 от 31.03.2020 г.)** GIFT, ZIFT и др. подобни.

6. **(нова - реш. № 6-9 от 31.03.2020 г.; предишна т. 4, изм. с реш. № 24-30 от 27.07.2021 г.)** Тестикуларна и/или епидидимална биопсия (TeSE, PESA, MESA).

7. **(нова с реш. № 24-30 от 27.07.2021 г.)** Имунологични вливания.

8. **(нова с реш. № 24-30 от 27.07.2021 г.)** Съпътстващи оперативни лечения (лапароскопия, лапаротомия, хистероскопия, хистеросалпингография и др.).



(2) Лекарствените продукти, финансирани със средства по този Правилник следва да са включени 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.** Със средства, предвидени с бюджета на Община град Добрич, не се извършва финансиране извън посочените по- горе дейности, включително:

1. *(отм. с реш. № 24-30 от 27.07.2021 г.)*
2. *(отм. с реш. № 24-30 от 27.07.2021 г.)*
3. *(изм. и доп. с реш. № 24-30 от 27.07.2021 г.)* изследвания и медицински манипулации извън пряко свързаните с извършване на дейности по асистирана репродукция;
4. *(отм. с реш. № 6-9 от 31.03.2020 г.);*
5. *(отм. с реш. № 6-9 от 31.03.2020 г.);*
6. *(отм. с реш. № 6-9 от 31.03.2020 г.);*
7. предимплантационна генетична диагностика или скрининг (PGD/PGS);
8. *(отм. с реш. № 6-9 от 31.03.2020 г.);*
9. *(отм. с реш. № 6-9 от 31.03.2020 г.);*
10. *(отм. с реш. № 6-9 от 31.03.2020 г.);*
11. *(отм. с реш. № 6-9 от 31.03.2020 г.);*
12. *(отм. с реш. № 6-9 от 31.03.2020 г.).*

**Чл. 6. (изм. и доп. с реш. № 24-30 от 27.07.2021 г.)** Кандидатстването за финансово подпомагане на медицински дейности, свързани с лечение на безплодие на семейства и двойки с репродуктивни проблеми, по реда на настоящия Правилник е за един опит в рамките на една календарна година и не ограничава правото и възможността за кандидатстване и финансиране от Центъра за асистирана репродукция (при положение, че не се финансира една и съща дейност).

**Чл. 7. (изм. и доп. с реш. № 24-30 от 27.07.2021 г.)** Средствата, отпуснати на семейства и двойки, живеещи на семейни начала за финансово подпомагане, са:

1. *(нова с реш. № 24-30 от 27.07.2021 г.)* в размер до 3 000 лв. на двойка заявител за извършване на ин витро или ин витро с донорска яйцеклетка и сперматозоиди
2. *(нова с реш. № 24-30 от 27.07.2021 г.)* до 1 500 лв. на двойка заявител за извършване на изследвания и съпътстващи медицински манипулации.

Финансирането е за една календарна година, като не се предвижда кандидатите да получават подпомагане едновременно в двете направления за една календарна година. Изплащането на одобрените средства може да се извърши и през следващата календарна година, като се предвиждат в бюджета на Общината.

**Чл. 8.** По настоящия Правилник на Община град Добрич се финансират медицински дейности,



извършени единствено в лицензирани клиники на територията на Република България, които имат разрешително по чл.131, ал. 1 от Закона за здравето и Наредба № 16/25.04.2007 г. за условията и реда за издаване на разрешение на лечебните заведения за извършване на дейности по асистирана репродукция.

## Глава втора

### **КРИТЕРИИ ЗА ФИНАНСОВО ПОДПОМАГАНЕ НА НУЖДАЕЩИ СЕ ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА ДЕЙНОСТИ ПО АСИСТИРАНА РЕПРОДУКЦИЯ ПРИ ЛИЦА С БЕЗПЛОДИЕ, ЛЕЧИМО С МЕТОДИТЕ НА АРТ. ДОКУМЕНТИ, ДОКАЗВАЩИ НЕОБХОДИМОСТ ОТ ЛЕЧЕНИЕ С АРТ ПРОЦЕДУРИ**

**Чл. 9.** За да получат финансово подпомагане за извършване на дейности по асистирана репродукция при безплодие, лечимо с методите на АРТ, кандидатите трябва да отговарят на следните критерии:

1. да са български граждани, притежаващи постоянен и/или настоящ адрес на територията на Община град Добрич през последните три години, като на това условие следва да отговаря поне единият от кандидатите;

2. да нямат задължения към Община град Добрич;

3. да са с непрекъснати здравно-осигурителни права;

4. да са пълнолетни;

5. да са завършили средно образование;

6. да не са осъждани за престъпления от общ характер;

7. да не са поставени под запрещение;

8. да не се водят на отчет в регистрите на ЦПЗ „Д-р П. Станчев“ гр. Добрич;

9. да са семейства или двойки, живеещи на семейни начала;

10. да не са роднини по права линия и по съребрена линия до четвърта степен;

11. **(изм. с реш. № 6-9 от 31.03.2020 г., изм. и доп. с реш. № 24-30 от 27.07.2021 г.)** да е налице писмено становище на лекар – специалист в областта на асистираната репродукция с назначени изследвания за доказване на стерилитет или доказан стерилитет /независимо с женски и/или с мъжки фактор/, лечим с методите на АРТ;

12. **(изм. и доп. с реш. № 47-14 от 26.03.2019 г., изм. и доп. с реш. № 24-30 от 27.07.2021 г.)** в случай, че са одобрени за финансиране на ин витро процедура от Центъра за асистирана репродукция могат да кандидатстват единствено за финансиране на дейности, които не се подпомагат от ЦАР;

13. **(изм. и доп. с реш. № 24-30 от 27.07.2021 г.)** възрастта на жените, кандидатстващи за финансиране със средства от бюджета на Община град Добрич да не надвишава 49 години към момента на подаване на заявлението.



**Чл. 10.** При кандидатстване се подават следните документи:

(1) **(изм. с реш. № 47-14 от 26.03.2019 г.)** Заявление по образец, съгласно Приложение № 1, подписано от двамата заявители към което се прилага:

1. медицинска документация, удостоверяваща наличие на индикации по чл. 3;
2. **(изм. и доп. с реш. № 24-30 от 27.07.2021 г.)** етапна епикриза, в която задължително се отбелязва липсата на контраиндикации за извършване на дейности по асистирана репродукция;
3. копие на лична карта, заверено от заявителя с гриф "вярно с оригинала" на всеки от заявителите;
4. **(отм. с реш. № 47-14 от 26.03.2019 г.);**
5. **(отм. с реш. № 47-14 от 26.03.2019 г.);**
6. **(изм. с реш. № 47-14 от 26.03.2019 г.)** документ от Териториална дирекция на НАП офис Добрич, удостоверяващ непрекъснати здравноосигурителни права;
7. копие на диплом за завършено средно образование за всеки от заявителите;
8. **(отм. с реш. № 47-14 от 26.03.2019 г.);**
9. **(отм. с реш. № 47-14 от 26.03.2019 г.);**
10. свидетелство за съдимост на всеки от заявителите;
11. **(отм. с реш. № 47-14 от 26.03.2019 г.);**
12. **(изм. с реш. № 47-14 от 26.03.2019 г.)** документ, удостоверяващ, че кандидатстващите не се водят на отчет в регистрите на ЦПЗ „Д-р П. Станчев“ град Добрич;
13. **(отм. с реш. № 47-14 от 26.03.2019 г.);**
14. **(отм. с реш. № 47-14 от 26.03.2019 г.);**
15. **(отм. с реш. № 47-14 от 26.03.2019 г.);**
16. **(нова - реш. № 47-14 от 26.03.2019 г.)** Декларация, удостоверяваща обстоятелствата по чл. 9, т. 7, т. 9, т. 10, и т. 12 - Приложение № 2.
17. **(нова с реш. № 24-30 от 27.07.2021 г.)** писмено становище на лекар - специалист в областта на асистираната репродукция с назначени изследвания за доказване на стерилитет.
18. **(нова с реш. № 24-30 от 27.07.2021 г.)** в случай, че са одобрени за финансиране на ин витро процедура от Центъра за асистирана репродукция, следва да представят документация удостоверяваща това обстоятелство

(2) Медицинската документация се подготвя от лечебно заведение, получило разрешение за дейности по асистирана репродукция съгласно чл. 131, ал. 1 от Закона за здравето.

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

**Глава трета**



---

## ПРОЦЕДУРА ЗА ФИНАНСОВО ПОДПОГАМАНЕ

**Чл. 11. (изм. с реш. № 6-9 от 31.03.2020 г.)** Приемът на документи се извършва от 1 януари до 30 ноември на всяка календарна година.

**Чл. 12. (1)** Кандидатстващите за финансова помощ подават заявление по образец, адресирано до Кмета на Община град Добрич, към което прилагат документите по чл. 10, ал. 1.

(2) Входираните в деловодството на Община град Добрич заявления се разглеждат от Комисия, сформирана със заповед на Кмета на Община град Добрич в състав:

Председател на комисията е Зам. кмет „Хуманитарни дейности“

Членове:

- председателя на ПК „Здравеопазване, социални дейности и демографска политика“;
- председателя на ПК „Бюджет, финанси и данъчна политика“;
- председателя на ПК „Законност, обществен ред и контрол“;
- 2-ма служители на общинска администрация по предложение на Кмета на Община град Добрич;
- лекар специалист по „акушерство и гинекология“, по възможност с допълнителна квалификация в областта на асистираната репродукция.

(3) **(изм. с реш. № 6-9 от 31.03.2020 г.)** За дейността си членовете на Комисията не получават възнаграждение, с изключение на лекарите – специалисти по чл. 12, ал. 2 и по чл. 13, ал. 1, които не са служители на общинска администрация или общински съветници от Общински съвет град Добрич.

**Чл. 13. (1)** При необходимост в Комисията могат да участват и други медицински специалисти.

(2) Средствата за възнаграждения се осигуряват от бюджета на Община град Добрич.

**Чл. 14.** Комисията по този Правилник осъществява следните функции в изпълнение на правомощията си :

1. **(изм. с реш. № 6-9 от 31.03.2020 г.)** разглежда заявленията за финансово подпомагане хронологично, по датата на входиране, постъпили за всяко тримесечие на календарната година до 10 число на месеца, следващ приема. В случай, че през конкретния тримесечен период няма постъпили заявления, заседания не се провеждат.

2. изготвя протокол, който предлага за утвърждаване на Кмета на Община град Добрич.

**Чл. 15. (1)** Заседанията на Комисията са редовни при присъствие на повече от половината от нейните членове.



(2) Заседанията са закрити.

(3) Решенията за одобряване на кандидатите се вземат с обикновено мнозинство от присъстващите, при явно гласуване.

**Чл. 16.** (1) За всеки от кандидатите се изготвя преписка по заявленията, включени в дневния ред на заседанието.

(2) Преписката включва Заявлението, придружено с документите по чл. 10.

**Чл. 17.** При непълноти в подадените документи, Комисията уведомява кандидатите и определя срок до един месец за корекции.

**Чл. 18.** Всеки заявител се уведомява писмено за резултата от процедурата.

**Чл. 19.** (1) В тримесечен срок от уведомяването на одобрените за финансиране двойки/семейства, заявителите са длъжни да уведомят Кмета на Община град Добрич за започнатите действия по извършване на асистирана репродукция, като представят необходимите за това документи (план за лечение от здравното заведение, насрочена или започната процедура и др.)

(2) При неизпълнение на задължението за уведомяване по ал.1, правото за ползване на финансова помощ на двойката - заявител се погасява.

**Чл. 20.** (1) Изплащането на финансовата помощ става след извършване на процедурите и при спазване на указания в ал. 2 ред.

(2) (**изм. с реш. № 24-30 от 27.07.2021 г.**) Одобрените лица подават заявление (Приложение №3) до Кмета на Община Добрич и декларация (Приложение №4) след приключване на процедурите по асистирана репродукция. Към заявлението лицата прилагат:

1. удостоверение за банкова сметка;
2. първични счетоводни документи – фактури (оригинал) с описание и стойност на извършените дейности и медицинските изследвания. При заплатени в брой суми, към фактурите следва да се приложат касовите бонове.

(3) Паричната сума се отпуска до един месец от датата на подаване на заявлението по ал. 2.





---

(4) Средствата се изплащат с банков превод в левове по посочена банкова сметка от заявителите.

#### **Глава четвърта**

#### **КОНФИДЕНЦИАЛНОСТ НА ДАННИ И ИНФОРМАЦИЯ**

**Чл. 21.** Членовете на Комисията, лицата по чл. 13 от настоящия Правилник, както и служителите на общинската администрация, нямат право да разгласяват факти и обстоятелства, които са им станали известни в хода на тяхната дейност.

**Чл. 22.** Правилника за отпускане на финансова помощ за лечение на семейства и двойки с репродуктивни проблеми се обявява на сайта на Община град Добрич.

#### **ПРЕХОДНИ И ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ**

**§1.** Този Правилник е приет с Решение № 34-33 от заседание на Общински съвет град Добрич, проведено 29.05.2018 г.

**§2.** (изм. с реш. № 47-14 от 26.03.2019 г.) Приложения № № 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 и 9 се отменят и се трансформират в нови Приложение № 1, Приложение № 2, Приложение № 3 и Приложение № 4.

*Правилникът е приет с решение № 34-33 от 29 май 2018 година на Общински съвет град Добрич, изм. и доп. с решение № 47-14 от 26 март 2019 г. на Общински съвет град Добрич, изм. и доп. с решение № 6-9 от 31 март 2020 г. на Общински съвет град Добрич, изм. и доп. с решение № 24-30 от 27 юли 2021 г. на Общински съвет град Добрич.*

#### **Приложение № 1**

*(ново - реш. № 47-14 от 26.03.2019 г., изм. и доп. с реш. № 24-30 от 27.07.2021 г.)*

**ДО**



---

**КМЕТА**

**НА ОБЩИНА ГРАД ДОБРИЧ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

по чл. 10, ал. 1

от

**ПРАВИЛНИКА ЗА ОТПУСКАНЕ НА ФИНАНСОВА ПОМОЩ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА СЕМЕЙСТВА И ДВОЙКИ С РЕПРОДУКТИВНИ ПРОБЛЕМИ, С ПОСТОЯНЕН И/ИЛИ НАСТОЯЩ АДРЕС НА ТЕРИТОРИЯТА НА ОБЩИНА ГРАД ДОБРИЧ**

от....., ЕГН:.....

/трите имена на съпругата/партньорката/

Лична карта №..... Издадена на ....., от.....

Постоянен адрес: .....

Настоящ адрес:.....

Семейно положение: ..... Гражданство.....,

Телефон за контакт: ..... e-mail:.....

и

от....., ЕГН:.....

/трите имена на съпруга/партньора/

Лична карта №..... Издадена на ....., от .....

Постоянен адрес:.....

Настоящ адрес:.....

Семейно положение: ..... Гражданство.....,

Телефон за контакт..... e-mail:.....

**УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ЙОРДАНОВ,**

Моля да ни бъде предоставено финансиране в размер до посочения в Правилника за отпускане на финансова помощ за лечение на семейства и двойки с репродуктивни проблеми, с постоянен и/или настоящ адрес в Община град Добрич.

Прилагаме следните документи:



1. Копие от лична карта – заверено с гриф „вярно с оригинала“;
2. Копие на диплома за завършено средно образование;
3. Документ, удостоверяващ, че кандидатстващите не се водят на отчет в регистрите на ЦПЗ „Д-р П. Станчев“ гр. Добрич
4. Свидетелство за съдимост;
5. Документ от ТД на НАП офис Добрич, удостоверяващ непрекъснати здравноосигурителни права на заявителите;
6. Медицинска документация;
7. Етапна епикриза, с отбелязана липса на контраиндикации, за извършване на дейности по асистирана репродукция.
8. Подписана декларация Приложение 2.
9. Други

Дата .....

Подпис: .....

Гр. ....

Подпис: .....

## **Приложение № 2**

*(ново - реш. № 47-14 от 26.03.2019 г., изм. и доп. с реш. № 24-30 от 27.07.2021 г.)*

## **ДЕКЛАРАЦИЯ**

по

чл. 9, т. 7, т. 9, т. 10, и т. 12 от Правилника за отпускане на финансова помощ

за лечение на семейства и двойки с репродуктивни проблеми,

с постоянен и/или настоящ адрес на територията на Община град Добрич



Подписаната.....,  
ЕГН:.....

/трите имена на съпругата/партньорката/

Лична карта №..... Издадена на ....., от .....

Постоянен адрес:.....

Настоящ адрес:.....

Семейно положение: ..... Гражданство.....,

Телефон за контакт ..... e-mail:.....

и

Подписаният.....,  
ЕГН:.....

/трите имена на съпруга/партньора/

Лична карта №..... Издадена на ....., от .....

Постоянен адрес:.....

Настоящ адрес:.....

Семейно положение: ..... Гражданство.....,

Телефон за контакт..... e-mail:.....

#### **Декларираме че:**

1. Сключили сме граждански брак през .....г., за което притежаваме документ с №.....
2. Партньори сме и живеем на семейни начала /Попълва се в случай, че заявителите нямат сключен граждански брак и живеят на семейни начала/.  
Не сме поставени под запрещение.
4. Не сме в кръвно родство по права линия и по съребрена линия до четвърта степен помежду си.

**5.\*** Към настоящия момент сме одобрени за финансово подпомагане на процедури ин витро от „Центъра за асистирана репродукция” и кандидатстваме единствено за финансиране на дейности, които не се финансират от ЦАР.

**6.\*** Към настоящия момент не сме одобрени за финансово подпомагане на процедури ин витро от „Центъра за асистирана репродукция” или от друга институция предоставяща финансиране за лечение на репродуктивни проблеми и в рамките на настоящата година не сме получили средства за финансово подпомагане на процедури ин витро.

7. Ще предоставим на Кмета на Община град Добрич писмена информация за резултатите от проведената процедура по асистирана репродукция в срок до един месец след настъпване на



раждане.

8. Даваме съгласие Община град Добрич да съхранява и обработва личните ни и чувствителни данни, съгласно изискванията на Регламент (ЕС) 2016/679 на Европейския парламент и на Съвета от 27 април 2016 г. относно защитата на физическите лица във връзка с обработването на лични данни и относно свободното движение на такива данни и за отмяна на Директива 95/46/ЕО (Общ регламент относно защитата на данните).
9. Даваме съгласие да се проверят попълнените от нас данни.
10. Даваме съгласие да се извършват служебни справки в информационните масиви на Община град Добрич, относно адресни регистрации; липса/наличие на задължения към общината или друга необходима информация.

**Известно ни е, че за вписване на неверни данни в настоящата декларация носим наказателна отговорност по чл. 313 от Наказателния кодекс.**

**Декларатори:**

1. ....

2. ....

Подпис:.....

Подпис:.....

Дата:

Дата:

**\*Забележка: Огражда се върното**

Община град Добрич е администратор на лични данни по Закона за защита на личните данни и Регламент (ЕС) 2016/679 за защита на данните. Предоставените от Вас лични данни са защитени съгласно законодателството.



Община град Добрич е администратор на лични данни по Закона за защита на личните данни и Регламент (ЕС) 2016/679 за защита на данните. Предоставените от Вас лични данни са защитени съгласно законодателството.

### **Приложение № 3**

(ново - реш. № 47-14 от 26.03.2019 г.)

**ДО**

**Г-Н ЙОРДАН ЙОРДАНОВ**

**КМЕТ НА**

**ОБЩИНА ДОБРИЧ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

по чл. 20, ал. 2

ОТ

**ПРАВИЛНИКА ЗА ОТПУСКАНЕ НА ФИНАНСОВА ПОМОЩ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА СЕМЕЙСТВА И ДВОЙКИ С РЕПРОДУКТИВНИ ПРОБЛЕМИ, С ПОСТОЯНЕН И/ИЛИ НАСТОЯЩ АДРЕС НА ТЕРИТОРИЯТА НА ОБЩИНА ГРАД ДОБРИЧ**

1. от....., ЕГН:.....

(трите имена)

Постоянен адрес:.....

Телефон....., e-mail.....



2. от.....,ЕГН:.....

(трите имена)

Постоянен адрес: .....

Телефон ....., e-mail.....

**УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ЙОРДАНОВ,**

С протоколно решение № ..... от .....г. на Комисията, назначена по Правилника за отпускане на финансова помощ за лечение на семейства и двойки с репродуктивни проблеми, с постоянен и/или настоящ адрес на територията на Община град Добрич, сме одобрени за подпомагане.

С настоящото молим да потвърдите изплащането на сумата:

.....(.....) лева,

(цифром)

(словом)

по сметка IBAN....., представляваща реално направените от нас разходи за медицинските услуги, съгласно визирания Правилник, утвърден за територията на Община град Добрич.

Прилагаме следните документи:

3. Удостоверение за банкова сметка;
4. Първични счетоводни документи – фактури (оригинал) с описание и стойност на извършените дейности и медицинските изследвания; касови бонове;
5. Медицинска документация от лечебно заведение, което има разрешение за дейности по асистирана репродукция, съгл. Чл. 131, ал. 1 от Закона за здравето.
6. Подписана от нас декларация Приложение№ 4

Дата:.....

С уважение :

1. \_\_\_\_\_

Подпис

2. \_\_\_\_\_

Подпис

**Приложение № 4**

(ново - реш. № 47-14 от 26.03.2019 г.)



## ДЕКЛАРАЦИЯ

по чл. 20, ал. 2

от

**ПРАВИЛНИКА ЗА ОТПУСКАНЕ НА ФИНАНСОВА ПОМОЩ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА СЕМЕЙСТВА И ДВОЙКИ С РЕПРОДУКТИВНИ ПРОБЛЕМИ, С ПОСТОЯНЕН И/ИЛИ НАСТОЯЩ АДРЕС НА ТЕРИТОРИЯТА НА ОБЩИНА ГРАД ДОБРИЧ**

Долуподписаните:

1....., ЕГН:.....

*(трите имена)*

Адрес: град Добрич.....

и

2....., ЕГН:.....

*(трите имена)*

Адрес: град Добрич.....

## ДЕКЛАРИРАМЕ

По реда, предвиден в Правилника за отпускане на финансова помощ за лечение на семейства и двойки с репродуктивни проблеми, с постоянен и/или настоящ адрес на територията на Община град Добрич, че:

**Сме съгласни банковият превод на посочената сума в „Приложение 3” да бъде извършен по посочената банкова сметка в същото приложение.**





Дата:

**Декларатори:**

*подпис*

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

*Подпис*

*Дата на последна актуализация: 06.08.2021 г.*

**Лице за контакт: Димитрина Даскалова - тел. 0893691100**

Файлове:



Правилник фонд Репродуктивно здраве

Дата: 19.06.2018 / 09:15