

ДО
КМЕТА
НА ОБЩИНА ВИДИН

ЗАЯВЛЕНИЕ-ДЕКЛАРАЦИЯ

по чл.10, т.1

от

Правилника на Община Видин за финансово подпомагане на изследвания и процедури при лечението на лица с репродуктивни проблеми

от

ЕГН:

/трите имена на съпругата/партньорката/

Лична карта № Издадена на, от

Постоянен/настоящ адрес:.....

Семейно положение: Гражданство.....

Телефон за контакт e-mail:.....

и

от.....

ЕГН:

/трите имена на съпруга/партньора/

Лична карта №..... Издадена на, от

Постоянен/настоящ адрес:

Семейно положение: Гражданство

Телефон за контакт e-mail:

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН КМЕТ,

С настоящото заявление кандидатстваме по реда на финансиране посочения на Правилника за финансово подпомагане на изследвания и процедури, свързани с лечение на безплодие на семейства и лица, живеещи на семейни начала, с репродуктивни проблеми на територията на Община Видин.

Прилагаме следните документи:

1. Копие от лична карта;
2. Копие от Удостоверение за граждански брак или декларация от партньора при фактическо съжителство;
3. Декларация, удостоверяваща липсата на кръвно родство;
4. Декларации от съпрузите или партньорите, че не са поставени под запрещение;
5. Декларация, че семейната двойка, съжителстващите на семейни начала или лицата, кандидатстващи за финансово подпомагане по реда на настоящия Правилник, не са одобрени за финансово подпомагане за „Инвитро” процедури от „Център за асистирана репродукция”;
6. Удостоверение за наличието или липса на задължения към Община Видин/държавата;
7. Удостоверение от Териториална дирекция на НАП офис Видин за непрекъснати здравноосигурителни права;
8. Медицинска документация;

а/ етапна епикриза, отразяваща етапа на лечението към момента на кандидатстване, издадена от клиниката по асистирана репродукция, която двойката посещава и подписана от лекуващия лекар;

б/ епикризи за извършени операции и/или минали ин витро процедури;

в/ при проблеми с маточните тръби - документи за извършване на един или повече от следните методи: ХСГ и/или лапароскопия и/или лапаротомия, като ехографското изследване не е доказателствен метод;

г/ при мъжки фактор - документи за извършване на два или повече спермални анализа, последният от които е извършен преди не повече от 6 месеца преди подаване на заявлението. Спермограмите да бъдат направени в клиника по асистирана репродукция. 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;

д/ при липса на овулация поради LUFs, документи относно поне два цикъла с ехографски разчитания и снимки;

е/ при неизяснен стерилитет - данни за безплодие в период от поне две години, лекувано чрез конвенционални методи, вкл. с реализирани поне два цикъла с вътрематочни инсеминации;

ж/ при жени, навършили 43 годишна възраст – актуални стойности на LH, FSH, Естрадиол и Анти-Мюлеров хормон (направени не по-рано от 2 месеца преди подаване на заявлението), както и становище на специалист по асистирана репродукция за състоянието на яйчниковия резерв на жената;

з/ други медицински документи, удостоверяващи причина за безплодие, налагаща използването на АРТ процедури при съответната двойка-заявител.

ДЕКЛАРАЦИЯ

Съгласен/на съм, Община Видин да съхранява и обработва личните ми данни, съгласно изискванията на Закона за защита на личните данни и Регламент (ЕС) 2016/679 та Европейския парламент и на Съвета от 27.04.2016 г., които предоставям/ме във връзка с кандидатстване за отпускане на финансова помощ от Община Видин за лечение на семейства и лица живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми, с постоянен и/или настоящ адрес на територията на Община Видин.

Запознат/та съм с:

- целта и средствата на обработка на личните ми данни;
- доброволния характер на предоставянето на данните и последиците от отказа за предоставянето им;
- правото на достъп на събраните данни;
- наименование на адреса на Община Видин

Подпис:

1.

2

Дата

гр.

ДЕКЛАРАЦИЯ

по чл. 9, т. 6

от

**Правилника на Община Видин за финансово подпомагане на изследвания и процедури
при лечението на лица с репродуктивни проблеми**

Долуподписаните:

1., ЕГН

2., ЕГН

ДЕКЛАРИРАМЕ, че сме партньори и живеем на семейни начала.

Подпис:

1.

2.....

Дата

гр.

ДЕКЛАРАЦИЯ

по чл. 9, т. 6.1

от

**Правилника на Община Видин за финансово подпомагане на изследвания и процедури
при лечението на лица с репродуктивни проблеми**

Долуподписаната:

1., ЕГН

ДЕКЛАРИРАМ, че нямам партньор и кандидаствам за донорска инсеминация.

Подпис:

1.

2.....

Дата

гр.

ДЕКЛАРАЦИЯ

по чл. 9, т. 7

от

**Правилника на Община Видин за финансово подпомагане на изследвания и процедури
при лечението на лица с репродуктивни проблеми**

Долуподписаните:

1., ЕГН

2., ЕГН

ДЕКЛАРИРАМЕ, че не сме в кръвно родство по права линия и по съребрена линия до четвърта степен помежду си.

Подпис:

1.

2.....

Дата

гр.

ДЕКЛАРАЦИЯ

по чл. 9, т. 4

от

**Правилника на Община Видин за финансово подпомагане на изследвания и процедури
при лечението на лица с репродуктивни проблеми**

Долуподписаният/ата:

.....
.....

(трите имена и ЕГН)

ДЕКЛАРИРАМ, че не съм поставен/а под запрещение.

Име и подпис

Дата

гр.

ДО
КМЕТА НА
ОБЩИНА ВИДИН

ЗАЯВЛЕНИЕ

по чл. 26, ал.1

от

**Правилника на Община Видин за финансово подпомагане на изследвания и процедури
при лечението на лица с репродуктивни проблеми**

1. от....., ЕГН:
(трите имена)

Постоянен адрес: град

Телефон, e-mail.....

2. от....., ЕГН:
(трите имена)

Постоянен адрес: град

Телефон, e-mail.....

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН КМЕТ,

С Решение №, взето с протокол № сме одобрени за
подпомагане със сумата лв.

С настоящото заявление молим да потвърдите изплащането на сумата общо:

..... (.....) лева, (цифром) и (словом)

По сметка IBAN.....,

Прилагаме:

Първични счетоводни документи – фактури (оригинал) с описание и стойност на
извършените дейности и медицинските изследвания; касови бонове и др.

Дата:

С уважение :

1. _____
(подпис)

2. _____
(подпис)