****

**ОБЩИНА БЯЛА СЛАТИНА**

****

***Проект !***

**ПРАВИЛНИК**

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 Бяла Слатина.

**ГЛАВА ПЪРВА**

**ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ**

**Чл. 1.** Настоящият Правилник определя реда, условията и процедурата за финансово подпомагане, със средства от бюджета на Община Бяла Слатина, за лечение на семейства и лица, живеещи на семейни начала, с репродуктивни проблеми.

**Чл. 2**. (1) Размера на средствата за финансово подпомагане за лечение на семейства и лица, живеещи на семейни начала, с репродуктивни проблеми, се гласуват всяка календарна година с бюджета на Община Бяла Слатина от Общински съвет Бяла Слатина, по предложение на комисията, определена със заповед на кмета на общината.

(2) Изследвания, манипулации, процедури, извършени в чужбина и лекарствени средства и хранителни добавки, закупени в или от чужбина, не се финансират от бюджета на Община Бяла Слатина.

**Чл. 3.** (1) Със средства, предвидени в бюджета на Община Бяла Слатина, се финансират лица с безплодие, лечимо преди всичко с методите на АРТ (асистирани репродуктивни технологии) и включително чрез ин витро оплождане, при наличие на следните индикации:

1. Безплодие с неизяснена чрез конвенционалните диагностични методи етиология;

2. Ендометриоза, засягаща аднексите и свързана с безплодието;

3. Тубарен стерилитет при жената (МКБ-Х: N97.1), 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 контралатериалнастеноза,

д/ двустранна интерстициална или истмичнастеноза,

е/ състояние след пластика на маточните 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: N97.4):

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. Други форми на безплодие с доказана необходимост от лечение чрез АРТ.

(2) Със средства, предвидени в бюджета на Община Бяла Слатина, се финансират двойки, изчерпали или нямащи право на финансиране от „Център за асистирана репродукция” за:

1. Контролирана овариална хиперстимулация (КОХС) с един или повече от един от следните лекарствени продукти (по групи):

а/ аналози на гонадолиберина (агонисти или антагонисти),

б/ гонадотропни хормони (уринарни или рекомбинантни),

в/ други (за лутеална поддръжка) - стероиди и/или хорионгонадотропин.

2. АРТ процедури (методи на асистирани репродуктивни технологии) и съпътстващи ги медицински дейности:

а/ фоликулна пункция под ехографски контрол;

б/ класическо ин витро оплождане;

в/ оплождане чрез IСSI (IMSI);

г/ ин витро на естествен (спонтанен) цикъл;

д/ ин витро процедура с донорски репродуктивен материал (яйцеклетки и/или сперматозоиди);

е/ криоконсервация (замразяване) на предимплатационни ембриони, яйцеклетки и/или сперматозоиди;

ж/ ембриотрансфер, вкл. и на размразени ембриони след криоконсервация;

з/ инсеминации от партньора или дарител;

и/ ин витро матурация (IVM);

й/ тестикуларна и/или епидидимална биопсии /ТESЕ, РЕSА, МЕSА/, както и биопсия на маточната лигавица.

3. Контрол на стимулационния процес чрез:

а/ ехографски прегледи;

б/ хормонални изследвания.

4. Генетични изследвания (кариотипиране и др.) на двойката при стерилитет и повтарящи се имплантационни неуспехи; Предимплантационна генетична диагностика на ембрионите преди ембриотрансфер (PGD);

5. Различни техники и процедури за подготовка на маточната лигавица за успешен трансфер и имплантация на ембрионите;

6. Техники за получаване на сперматозоиди (PESA, TESA, TеSE) при мъже с азоспермия и данни за инфертилитет, т.е. тестикуларна и/или епидидимална биопсия;

7. Имунологични вливания;

8. Имунологична биопсия;

9. Инсеминация и реинсеминации от партньора или дарител;

10. Криоконсервация на ембриони, яйцеклетки, сперматозоиди, овариална и тестикуларна тъкан;

11. Замразен ембриотрансфер /ЗЕТ/ от извършен по-рано опит, финансиран от ЦАР или самофинансиран опит;

12. Ин витро процедура с донорски генетичен материал (яйцеклетка, сперматозоид или ембрион), при възраст на жената до 50 години.

13. Изследванията, необходими като минимум съгласно изискванията на Наредба №28 от 20.06.2007 г. за дейности по асистирана репродукция;( спермограми, хормони, хистеросалпингография, вирусология и др.)

**Чл. 4**. (1) Кандидатстването за финансово подпомагане 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 условие, че не се финансира една и съща процедура.

(2) В случаите, когато дадена двойка не успее да усвои определената за нея сума до края на календарната годината, същата има право да продължи да ползва остатъка в следващата година.

**Чл. 5**.Община Бяла Слатина оказва финансово подпомагане до размера, определен в решението на Общински съвет Бяла Слатина.

(1) **До 1500** лева се финансират двойки, които не подлежат на финансиране съгласно правилата на ЦАР. Финансирането включва:

1. Изследвания, манипулации, лекарствени продукти и/или инвитро процедури със собствен генетичен материал при двойки, които са изразходили опитите си за ин витро процедури, финансирани от ЦАР, съгласно нормативните изисквания, като предоставят в пълен обем медицинска документация за тези опити (етапни епикризи, копия на заповеди от ЦАР).

2. Изследвания, манипулации и/или ин витро процедури със собствен генетичен материал извършени на двойки, които не отговарят на условията за кандидатстване за финансиране от ЦАР.

3. Всеки клиничен случай при възраст на жената след 43 години за IVF цикъл със своя собствена контролирана овариална хиперстимулация /КОХ/ след писмено становище на специалист по репродуктивна медицина за състоянието на овариалния резерв.

(2) **До 2 000** лева се финансират двойки за изследвания, манипулации, лекарствени продукти и/или ин витро процедури на двойки, за които е доказана необходимост от ин витро процедура с донорски генетичен материал (яйцеклетка, сперматозоиди или ембрион), като:

1. При жената намаленият яйчников резерв следва да се документира с хормонални изследвания (антимюлеров хормон /АМН/ и фоликулостимулиращ хормон /FSH/).
2. При мъжа факторът се доказва с 2 бр. спермограми от 2 различни клиники по АРТ.
3. При генетичен проблем, показан за ин витро процедура с донорски генетичен материал е необходимо представяне на генетични изследвания и документ за включване в донорска програма от клиника по АРТ.

**Чл. 6.** Лекарствените продукти, финансирани със средства по тези правила, следва да са включени в Позитивния лекарствен списък на РБългария и се осигуряват по реда на чл. 207, ал. 1, т. 5а от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина.

**Чл. 7.** Със средствата от бюджета на община Бяла Слатина се заплащат изследвания и процедури, извършени единствено в лицензирани клиники, които имат разрешително по чл. 131, ал.1 от Закона за здравето (ЗЗ) 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, а когато се касае за извършване на ин витро процедури – в клиники, които имат сключен актуален договор с Центъра за асистирана репродукция (ЦАР).

**ГЛАВА ВТОРА**

**КРИТЕРИИ ЗА ФИНАНСОВО ПОДПОМАГАНЕ НА СЕМЕЙСТВА И ЛИЦА, ЖИВЕЕЩИ НА СЕМЕЙНИ НАЧАЛА, С РЕПРОДУКТИВНИ ПРОБЛЕМИ, ПРЕОДОЛИМИ ПРЕДИ ВСИЧКИ С МЕТОДИТЕ НА АРТ. ДОКУМЕНТИ, ДОКАЗВАЩИ НЕОБХОДИМОСТ ОТ ЛЕЧЕНИЕ С АРТ ПРОЦЕДУРИ.**

**Чл. 8.** Кандидатите за финансово подпомагане по реда и условията на този Правилник трябва да отговарят на следните критерии:

1. Да са български граждани, с постоянен и/или настоящ адрес на територията на община Бяла Слатина през последните три години. При двойки във фактическо съжителство и при семейства на това условие следва да отговаря поне единият от кандидатите;

2. Да нямат задължения към Община Бяла Слатина и държавата, което се удостоверява с надлежно издадени удостоверения от съответната администрация;

3. Да са с непрекъснати здравно-осигурителни права, което се удостоверява с документ, издаден от ТД на НАП;

4. Да не са поставени под запрещение, което се удостоверява с декларация (Приложение № 4);

5. Да не са осъждани с влязла в сила присъда за престъпление от общ характер, освен ако са реабилитирани, което се удостоверява със свидетелство за съдимост;

6. Да са семейства или лица, живеещи на семейни начала, което се удостоверява с копие от удостоверение за сключен граждански брак или при двойките, които са във фактическо съжителство, с декларация (Приложение № 2);

7. Лицата в двойката да нямат кръвно родство по права линия и по съребрена линия до четвърта степен , което се удостоверява с декларация (Приложение № 3);

8. Да е налице доказан стерилитет (независимо с женски и/или с мъжки фактор). Удостоверяването се извършва със следните медицински документи:

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

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 – хистеросалпингография (цветна снимка) 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 в различни клиники , 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 повече от 12 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.

9. Възрастта на жените, кандидатстващи за финансиране по програмата, да съответства на Наредба № 28 за дейностите по асистирана репродукция на Министерството на здравеопазването от 20.06.2007 година и Наредбата за нейното изменение и допълнение, обнародвана в ДВ бр.58/29.07.2011 г.

**Чл. 9.** (1) При кандидатстване се подават следните документи:

1. Заявление по образец (Приложение № 1), подадено от името на жената и от нейния съпруг/партньор;

2. Документите за самоличност на кандидатите /лична карта/ се предоставят само за справка;

3. Документите, удостоверяващи, че двойката отговаря на условията по чл.8.

(2) Заявлението се адресира до кмета на общината и се завежда в Деловодството на Община Бяла Слатина ведно с документите по ал. 1.

**ГЛАВА ТРЕТА**

**ПРОЦЕДУРА ЗА ФИНАНСОВО ПОДПОМАГАНЕ**

**Чл. 10.** Подадените заявления за финансово подпомагане на процедурите по този правилник се разглеждат и одобряват от комисия, назначена със заповед на кмета на общината.

**Чл.11.** (1)Комисията се състои от 7 членове:

* 2 представители на общинска администрация;
* 3 общински съветници, представители на Постоянните комисии по: Здравна и социална политика; Бюджет и финанси и инвестиционна политика; Нормативна уредба и конфликт на интереси, избрани от общинския съвет;
* 1 представител на юридическо лице с нестопанска цел, защитаващо правата на пациентите в областта на репродуктивното здраве;
* 1 специалист акушер – гинеколог.

(2) Председател на Комисията е представител на Постоянната комисия по здравна и социална политика към Общински съвет Бяла Слатина, а зам. председател е директор на дирекция „Хуманитарни дейности и интеграция” в Общинска администрация Бяла Слатина.

**Чл. 12**. Подадените документи се разглеждат по реда на тяхното постъпване.

**Чл. 13**. Комисията осъществява следните функции в изпълнение на правомощията си :

1. Разглежда и дава становище по преписките на кандидатите.

2. Изготвя предложения до Общински съвет Бяла Слатина за финансово подпомагане на български граждани /семейства и лица, живеещи на семейни начала/, отговарящи на условията на този Правилник, за извършване на медицински дейности за преодоляване на безплодието им;

3. Дава методически указания относно процедурите по отпускане и разходване на финансовите средства, предвидени в бюджета на Община Бяла Слатина за подпомагане на изследвания и процедури, свързани с лечение на безплодие на семейства и лица, живеещи на семейни начала.

4. Осъществява контрол за спазване на критериите и условията за придобиване на права за ползване на средствата за извършване на дейности по асистирана репродукция и други медицински манипулации.

**Чл. 14.** Срокът за прием на заявления за финансиране по реда и условията на тези правила се определя от Комисията по чл. 11, ал. 1, в зависимост от гласуваните средства в бюджета на Община Бяла Слатина и до изчерпване на предвидените за това средства.

**Чл. 15**. Комисията заседава не по-късно от един месец от постъпване на заявление от кандидат/и за финансиране по реда и условията на тези правила.

**Чл. 16**. (1) 3аседанията на комисията във връзка с финансовото подпомагане на изследвания и процедури, свързани с лечение на безплодие са редовни при присъствие на повече от половината от нейните членове.

(2) 3аседанията на комисията са закрити.

(3) Комисията дава становище за одобряване или неодобряване на кандидатите за финансово подпомагане.

**Чл. 17.** По преценка и при необходимост, Комисията по чл.11, може да покани за становище медицински специалисти, със специалност „акушерство и гинекология" и по възможност с допълнителна квалификация или опит в областта на асистираната репродукция и стерилитета. При необходимост могат да бъдат поканени и специалисти в други области на медицината по конкретни случаи.

**Чл. 18**.(1) За всяка двойка-кандидат се изготвя преписка по заявленията, включени в дневния ред на заседанието.

(2) Преписката се изготвя и представя на Комисията по чл.11 от представител на общинска администрация, член на комисията.

(3) Преписката съдържа:

1. Заявлението по чл.9. т.1 (Приложение № 1);

2. Документите за самоличност на кандидатите се предоставят само за справка;

3. Документите, удостоверяващи, че двойката отговаря на условията по чл.8;

**Чл. 19**. При установени неточности или липса в подадените документи, Комисията по чл.11 дава указания за представяне на необходимите документи, като нейният председател уведомява кандидатите в тридневен срок от заседанието , като им дава срок /не повече от 30 дни/ за корекции и допълнения.

**Чл. 20**. По всяка преписка Комисията по чл. 11 дава становище за одобряване или не одобряване на кандидатите за финансово подпомагане за извършване на съответните медицински дейности, като за всяка одобрена двойка в становището се посочва и предложение за сумата, която да бъде отпусната на основание чл. 5.

**Чл. 21.** За всяко заседание на Комисията по чл.11 се изготвя протокол, който се подписва от присъстващите членове на Комисията.

**Чл. 22**. Всеки кандидат има право на достъп до протоколите на Комисията по чл.11 и мотивите за взетото решение, относно собствената си преписка.

**Чл. 23**.(1) Председателят на комисията по чл. 11 внася в Общински съвет Бяла Слатина, предложение за отпускане на средства от бюджета на Община Бяла Слатина, по чл. 5, ал. 1 или ал. 2, на одобрените от Комисията кандидати (по входящ номер).

(2) Общински съвет Бяла Слатина се произнася с решение за всеки кандидат поотделно.

(3) Кандидатите, одобрени с решение на Общински съвет Бяла Слатина, за финансово подпомагане, се информират писмено на посочения от тях адрес.

**Чл. 24.** (1) Паричната сума, одобрена по чл. 23, се отпуска след представяне на първичен счетоводен документ и медицинска документация, издадени от лицензирано лечебно заведение, което има разрешително по чл. 131, ал.1 от Закона за здравето (ЗЗ) и Наредба № 16/25.04.2007г. за условията и реда за издаване на разрешение на лечебните заведения за извършване на дейности по асистирана репродукция, а когато се касае за извършване на ин витро процедури – от клиники, които имат сключен актуален договор с Център за асистирана репродукция (ЦАР) за съответната календарна година.

(2) Семейната двойка или лица, живеещи на семейни начала представят оригинални първични счетоводни документи, фактури, касови бонове, платежни документи и други документи с еквивалентна стойност. Документите трябва да съдържат описание и стойност на извършените дейности, медицински изследвания, лекарствени продукти и хранителни добавки (рецепта, че са назначени от специалист по АРТ), придружена със съответната медицинска документация ( в Община Бяла Слатина, Дирекция „Хуманитарни дейности и интеграция”).

*(3)*Паричната сума за извършените дейности по чл. 23 ал. 1 се изплащат чрез банков превод в левове по посочена от заявителя /кандидата/ банкова сметка.

(4) При настъпване на промяна в обстоятелствата, декларирани от заявителите, същите се задължават в едномесечен срок да информират Комисията по този Правилник.

*(5)* След извършване на ин витро процедура, за която е получено финансово подпомагане по реда на този Правилник, двойката-кандидат се задължава в шестмесечен срок от извършването на процедурата да уведоми Комисията по чл.11 за резултата.

**Чл. 25.** Кандидатите, получили финансиране по настоящият Правилник, се задължават да уведомят Община Бяла Слатина при живородено дете/деца.

**ГЛАВА ЧЕТВЪРТА**

**КОНФИДЕНЦИАЛНОСТ НА ДАННИ И ИНФОРМАЦИЯ**

**Чл. 26.** Членовете на комисията, лицата по чл.17 от настоящият Правилник, както и служителите от общинска администрация, нямат право да разгласяват факти и обстоятелства, които са им станали известни в хода на тяхната дейност.

**Чл. 27.** Правилника за отпускане на финансова помощ за лечение на семейства и двойки с репродуктивни проблеми се обявява на сайта на Община гр. Бяла Слатина.

**ПРЕХОДНИ И ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ**

**§1.** Този Правилник е приет с Решение № …………от заседание на Общински съвет, Бяла Слатина проведено на ………..г., - Правилник 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 Бяла Слатина.

**§2**. Измененията и допълненията на Правилника се приемат от Общински съвет – Бяла Слатина.

**§3.** Приложения № 1, 2, 3, 4, 5,6 представляват неразделна част от Правилника.

**ПРИЛОЖЕНИЕ № 1**

Към чл. 9, ал. 1 от 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 Бяла Слатина

**ДО**

**КМЕТА НА**

**ОБЩИНА БЯЛА СЛАТИНА**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

От ..........................................................................................................................................

/име, презиме, фамилия на жената/

ЕГН............................................................... Лична карта № ...............................................

Издадена от................................................, на.....................................................................

Постоянен адрес:гр.............................................ул.......................................................№.....

Адрес за кореспонденция гр...............................ул.....................................................№.......

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

Семейно положение.......................................................

Гражданство..................................................................

От ............................................................................................................................

/име, презиме, фамилия на съпруга/партньора на жената/

ЕГН............................................................... Лична карта № ...............................................

Издадена от................................................, на.....................................................................

Постоянен адрес:гр.............................................ул.......................................................№.....

Адрес за кореспонденция гр...............................ул.....................................................№.......

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

Семейно положение.......................................................

Гражданство...................................................................

Молим да ни бъдат отпуснати средства за извършване на изследвания и процедури, свързани с лечение на безплодие, на основание чл. 3 от Правилата 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 Бяла Слатина за следните дейности: ....................................................................................................................................................

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

Прилагаме следните документи:

( ***отбележете със знак Х пред номера наличието на документа***)

* 1. Копие на Удостоверение за граждански брак или декларация от партньорите при фактическо съжителство ( Приложение № 2);
* 2. Декларация, удостоверяваща липсата на кръвно родство ( Приложение № 3);
* 3. Декларация от заявителите, че не са поставени под запрещение (Приложение 4);
* 4. Декларация от заявителите за информиране при промяна на обстоятелствата (Приложение 5);
* 5. Декларация лични данни (Приложение 6) – 2 броя;
* 6. Удостоверение за наличието или липса на задължения към Община Бяла Слатина – от двамата партньори;
* 7. Удостоверение от ТД към НАП за непрекъснати здравноосигурителни права - от двамата партньори;
* 8. Медицинска документация, включваща:
* 8.1. етапни епикризи, издадени от клиника по асистирана репродукция;
* 8.2. документи за извършване на един или повече от следните методи: ХСГ и/или лапароскопия и/или лапаротомия, като ехографското изследване не е доказателствен метод;
* 8.3. 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;
* 8.4. при липса на овулация поради LUFS, документи относно поне два цикъла с ехографски разчитания и снимки;
* 8.5. при неизяснен стерилитет - данни за безплодие в период поне две години, лекувано чрез конвенционални методи, вкл. с реализирани поне два цикъла с вътрематочни инсеминации;

*При подаване на заявлението представихме лична карта за сверяване на посочените от нас лични данни.*

Дата................... Подпис: ...........................................

гр..................................................

Подпис: ...........................................

**ПРИЛОЖЕНИЕ № 2**

към чл. 8, т. 6 от 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 Бяла Слатина

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

Долуподписаните:

………………………………………………………………………………………………., ЕГН……………………………

и

……………………………………………………………………………………………… ЕГН……………………………

ДЕКЛАРИРАМЕ, че сме партньори и живеем на съпружески начала от ….…….години.

Известно ми е, че за деклариране на неверни данни, нося наказателна отговорност по чл. 313 от Наказателния кодекс.

Дата………………… подпис / ………………............…………

Гр…………………… подпис/ ………………………………

**ПРИЛОЖЕНИЕ № 3**

Към чл. 8, т. 7 от 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 Бяла Слатина

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

Долуподписаните:

…………………………………………………………………………………………………, ЕГН………………………

и

…………………………………………………………………………………………………, ЕГН………………………

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

Известно ми е, че за деклариране на неверни данни, нося наказателна отговорност по чл. 313 от Наказателния кодекс.

Дата………………… подпис/ ………………............…………

Гр…………………… подпис/ ………………………………

**ПРИЛОЖЕНИЕ № 4**

Към чл. 8, т.4 от 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 Бяла Слатина

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

Долуподписаният/та:

…………………………………………………………………………………………..............,

ЕГН………………………………

ДЕКЛАРИРАМ, че не съм поставен/а под запрещение.

Долуподписаният/та:

…………………………………………………………………………………………..............,

ЕГН………………………………

ДЕКЛАРИРАМ, че не съм поставен/а под запрещение.

Известно ми е, че за деклариране на неверни данни, нося наказателна отговорност по чл. 313 от Наказателния кодекс.

Дата………………… подпис / ………………............…………

Гр…………………… подпис/ ………………………………

**ПИЛОЖЕНИЕ 5**

Към чл. 26 от 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 Бяла Слатина

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

Долуподписаните:

…………………………………………………………………………………………………, ЕГН………………………

и

…………………………………………………………………………………………………, ЕГН………………………

Информирани сме, че сме задължени да предоставим на Комисията по тези Правила към Община Бяла Слатина в едномесечен срок писмена информация за :

- настъпване на промяна в обстоятелствата, декларирани от нас в заявлението;

- резултатите от проведената процедура по асистирана репродукция в срок от един месец след извършване на процедурата и при настъпване на раждане.

Дата................... Подпис: ...........................................

гр..................................................

Подпис: ...........................................

**ПРИЛОЖЕНИЕ № 6**

от 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 Бяла Слатина

**ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА СЪГЛАСИЕ ЗА ОБРАБОТКА НА ЛИЧНИ ДАННИ**

Долуподписаният/та …………………………………………………………………

/име, презиме, фамилия/

с ЕГН: ………………………, в качеството си на……………………….…………………..

(посочва се качеството на лицето спрямо администратора)

**ДЕКЛАРИРАМ:**

Съгласен/на съм членовете на комисията по чл. 11 от Правилата за финансово подпомагане на процедури и дейности по асистирана репродукция и лица, живеещи на съпружески начала, с репродуктивни проблеми на територията на Община Бяла Слатина да обработват, използват и съхраняват личните ми данни, съгласно изискванията на Закона за защита на личните данни, които предоставям във връзка с получаване на парична помощ.

Информиран/а съм и разбирам, че мога да оттегля съгласието си по всяко време като използвам образеца „Декларация за оттегляне на съгласие”.

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. Декларатор:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Гр. /подпис/