

ОБЩИНСКИ СЪВЕТ СУВОРОВО

**П Р А В И Л Н И К
ЗА
ОТПУСКАНЕ НА ФИНАНСОВА ПОМОЩ ОТ
ОБЩИНА СУВОРОВО ЗА
ЛЕЧЕНИЕ НА БЕЗПЛОДИЕ НА
СЕМЕЙСТВА И ЛИЦА, ЖИВЕЕЩИ НА
СЕМЕЙНИ НАЧАЛА С РЕПРОДУКТИВНИ
ПРОБЛЕМИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА
ОБЩИНА СУВОРОВО**

2016 г.

Чл.1 С този Правилник се определя реда, условията и процедурата за финансово подпомагане на изследвания, медицински услуги, манипулации и процедури, свързани с лечение на безплодие на семейства и лица, живеещи на семейни начала, с репродуктивни проблеми, с постоянен адрес на територията на Община Суворово със средства, предвидени в бюджета на Община Суворово.

Чл.2 (1). Средствата, предвидени за финансово подпомагане на изследвания, медицински услуги, манипулации и процедури, свързани с лечение на безплодие, се гласуват всяка календарна година с бюджета на Община Суворово.

(2). Размерът на финансовата помощ за лечение на безплодие при лица с репродуктивни проблеми от Община Суворово се определя с приемането на бюджета за всяка бюджетна година по параграф 42 „Помощи по решение на Общински съвет”, съгласно Единната бюджетна класификация.

Чл.3 (1). Със средства, предвидени в бюджета от Община Суворово, 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 контралатерална непроходимост или стеноза.

в/ двустранна непроходимост на маточните тръби/вкл. след стерилизация/.

г/ едностранна непроходимост с контралатерална стеноза.

д/ двустранна интерстициална или истмична стеноза.

е/ състояние след пластика на маточните тръби, най-малко 12 месеца след пластика, при положение, че не е настъпила вътрематочна бременност.

4. Стерилитет при жената, свързан с липсата на овулация, поради LUFs.

5. Стерилитет, свързан с мъжки фактор/МКБ-Х: N97.4/.

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

(2). Със средства, предвидени в бюджета на Община Суворово, се финансират следните **изследвания, медицински услуги и манипулации**:

1. Микробиологични изследвания;
2. Спермален анализ;
3. Изследвания за трансмисивни инфекции;
4. Кръвнотрупна принадлежност и резус фактор;
5. Хормонални изследвания – контоли и преди КОХС;
6. Кръвна картина, биохимия и хемостаза преди КОХС;
7. Други специфични изследвания/генетични, имунологични и др./;
8. Консултации и прегледи при специалисти по акушерство и гинекология и по-специално тесни специалисти, работещи в областта на репродуктивното здраве, медицинската генетика и имунология, ендокринологи, уролози, андролози и др./;
9. Индукция на овулацията и/или КОХС с кломифенцитрат и др. СЕРМ;
10. Ембриоредукция;
11. Предимплантационна генетична диагностика или скрининг/ PGD/PGS/;
12. Овоцитна донация;
13. Ембриодонация;
14. Процедура за подготовка на маточната лигавица за успешен трансфер на ембиони;
15. GIFT, ZIFT и др. подобни,
16. Имунологични вливания;

17. Гинекологични операции и изследвания – лапароскопия, лапаротомия, цветна снимка-ХСГ /хистеросалпингография/, хистероскопия, комбинирана лапаро и хистероскопия, както и операции, които са необходими за подобряване на репродуктивната функция при мъжа.

(3). Със средства, предвидени в бюджета на Община Суворово, се финансират следните процедури:

1. Контролирана овариална хиперстимулация/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/;

2. АРТ методи/методи на асистирана репродуктивни технологии/;

а/ фоликулна пункция под ехографски контрол;

б/ класическо ин витро оплождане;

в/ оплождане чрез ICSI (IMSI)]

г/ ин витро на естествен (спонтанен) цикъл;

д/ ин витро процедура с донорски генетичен материал;

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

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

з/ инсеминации от партньора или с материал от донор;

и/ ин витро матурация;

й/ тестикуларна и/или епидидимална биопсия/TESE, PESA, MESA/, както и имунологична биопсия на матката.

3. Контрол на стимулационния процес чрез:

- ехографски прегледи;

- хормонални изследвания.

(4). Кандидатстването за финансово подпомагане на изследвания, медицински услуги, манипулации и процедури, свързани с лечение на безплодие на двойки и семейства с репродуктивни проблеми, живущи на територията на Община Суворово, със средства, предвидени в този Правилник е за един опит в рамките на една календарна година (*от датата на вхoдиране на документите в Община Суворово*) и не ограничава правото и възможността за кандидатстване и финансиране през следваща календарна година, както и за финансиране от „Център за асистирана репродукция”/ при положение, че не се финансира една и съща процедура/.

(5). Средствата, отпуснати на семейства и двойки, живеещи на семейни начала за финансово подпомагане от Община Суворово, са в размер до 1 000 лв. (хиляда лева) на двойка-заявител, използваща собствен генетичен материал и до 1500 лв. (хиляда и петстотин лева) за двойка заявител, използваща донорски генетичен материал (донорска яйцеклетка) в рамките на една календарна година.

(6). 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.

(7). По Правилника за отпускане на финансова помощ от Община Суворово за лечение на безплодие на семейства и лица, живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми на територията на Община Суворово се заплащат изследвания, медицински услуги, манипулации и процедури, извършени единствено в лицензирани клиники, 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.

II. КРИТЕРИИ ЗА ФИНАНСОВО ПОДПОМАГАНЕ НА СЕМЕЙСТВА И ДВОЙКИ, ЖИВЕЕЩИ НА СЕМЕЙНИ НАЧАЛА, С РЕПРОДУКТИВНИ НАРУШЕНИЯ, ПРЕОДОЛИМИ С МЕТОДИТЕ НА АРТ. ДОКУМЕНТИ, ДОКАЗВАЩИ НЕОБХОДИМОСТ ОТ ЛЕЧЕНИЕ С АРТ ПРОЦЕДУРИ.

Чл.4 Кандидатите трябва да отговарят на следните **критерии** за финансово подпомагане за преодоляване на безплодието, лечимо преди всичко с методите на АРТ:

1. Да са български граждани, притежаващи **постоянен адрес** на територията на Община Суворово **през последните три години**. При двойките във фактическо съжителство и при семействата, на това условие следва да отговаря поне единия от кандидатите;
2. Да **нямат задължения** към Община Суворово и данъчни задължения към държавата;
3. Да са с непрекъснати **здравноосигурителни права**;
4. Да са завършили **средно образование**;
5. Да не са поставени под запрещение или криминално проявени лица;
6. Да са семейства или двойки, живеещи на семейни начала;
7. Да е налице доказан стерилитет/независим с женски и/или мъжки фактор или безплодието да е с неизяснена етиология/. Удостоверяването се извършва **с медицински документи**: етапни епикризи, медицински картони, удостоверения от клиники с отразяване факта на лечението на пациента при тях и извършените манипулации. При нужда комисията може да изисква и допълнителни документи и данни от медицинските заведения, както и да извършва проверки и запитвания.
8. Семейства или двойки живеещи на семейни начала, които нямат право да получават финансиране от Националния фонд за асистирана репродукция – жени с намален или изчерпан яйчников резерв (показател на FSH над 12.5);
9. Възрастта на жените, кандидатстващи за финансиране по програмата, да съответства на Наредба № 28 на Министерство на здравеопазването.

Чл.5 При кандидатстване се подават следните документи:

(1). Заявление по образец /Приложение № 1/ - съдържа следните реквизити:

1. Трите имена на двамата кандидата;
2. ЕГН;
3. Постоянен адрес;
4. Телефон за връзка;
5. Молба за разглеждане на заявлението с приложените към него документи от **комисията по репродуктивни проблеми** и произнасяне на становище;
6. Трите имена, ЕГН и адрес на лицето, което заявява сумата, както и размера.
7. Посочва се конкретно предназначението на изискваните финансови средства /за лечение на безплодие, изследвания, оперативни намеси и процедури/.

(2). Към заявлението по образец се прилагат следните документи:

1. **Копие на личната карта** на всеки от заявителите, заверено с гриф: „Вярно с оригинала” и саморъчен подпис.
2. **Удостоверение за съдимост** на всеки от заявителите – *оригинал*.
3. Удостоверение, за всеки от заявителите, че не се води на отчет в **Психиатрична клиника Варна** – *оригинал*.
4. **Удостоверение по чл.87** от Данъчно-осигурителен процесуален кодекс – за всеки от заявителите - *оригинал /издава се от НАП/*.
5. **Удостоверение от НЗОК** за непрекъснати здравноосигурителни права – *оригинал*.
6. Декларация по образец **/Приложение № 2/**, когато е приложимо за двойки, живеещи във фактическо съжителство на семейни начала – *оригинал*, а за семействата – копие от Акта за граждански брак, заверено с гриф: „Вярно с оригинала” и саморъчен подпис.
7. Декларация от всеки заявител **/Приложение № 3/** за съпруга/партньора, че не е поставен под запрещение – *оригинал*.
8. Декларация удостоверяваща липсата на кръвно родство по права линия и по съребрена до четвърта степен между заявителите **/Приложение № 4/** - *оригинал*.
9. Декларация за съгласие за съхраняване и обработване на лични данни **/Приложение № 5/** - *оригинал*.
10. Декларация, че към датата на заявлението няма настъпила бременност, подписана от специалист „Акушерство и гинекология”.

11. Медицинска документация, заверена с гриф: „Вярно с оригинала” и саморъчен подпис, по всички или някои от следните обстоятелства, удостоверяващи наличие на репродуктивни нарушения и съответната причина за безплодието:

а/ етапни епикризи;

б/ документи за извършване на един или повече от следните методи: ХСГ и/или лапароскопия и/или лапаротомия, като ехографското изследване не е доказателствен метод;

в/ документи за извършване на два или повече спермални анализа, последният от които е извършен преди не повече от шест 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;

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

д/ при неизяснен стерилитет – данни за безплодие в период поне две години, лекувано чрез конвенционални методи, вкл. с реализирани поне два цикъла с вътрематочна инсеминация.

III. ПРОЦЕДУРА ЗА ФИНАНСОВО ПОДПОМАГАНЕ

Чл.6 (1). При кандидатстване за финансова помощ за лечение на безплодие при лица с репродуктивни проблеми, кандидатите подават заявление по образец до Кмета на Община Суворово заедно с приложени документи, които се депозират лично или чрез пълномощник в деловодството на Общинска администрация Суворово.

(2). *Заявителните документи се разглеждат и одобряват по реда на тяхното постъпване, като с предимство се ползват семействата и лицата живеещи на семейни начала, които нямат право да получават финансиране от държавния Център за асистирана репродукция и отговарят на поне един от следните критерии – жените с намален или изчерпан яйчников резерв (показател на FSH над 12.5); жените извършващи ин витро процедура с донорска яйцеклетка или сперматозоиди; жените над 43 г.; тези, които вече имат по три неуспешни опита, финансирани от Центъра за асистирана репродукция. Финансирането на двойките, подали молби за предсрочно разглеждане на заявленията, се одобрява от определената комисия, като водещи за преценката са наличните медицински основания.*

(3). Входящите заявления за финансово подпомагане на процедурите по този Правилник се разглеждат и одобряват от комисия, назначена със заповед на Кмета на Община Суворово.

(4). В комисията по този Правилник участват представители от:

1. Ръководство;

2. „Образование, култура, спорт, туризъм и хуманитарни дейности”;

3. „Финанси и бюджет”;

4. Председателя на Общински съвет и Председателите на Постоянните комисии по „Образование, здравеопазване, култура, спорт и вероизповедания“ и „Местно самоуправление, евроинтеграция, социална дейност и трудова заетост” към Общински съвет Суворово;

5. Медицински специалисти;

6. Представител на НПО, регистрирано в обществена полза и работеща в областта на репродуктивното здраве.

(5). Обработването и разглеждането на заявленията за предоставяне на финансови средства за лечение на безплодието при семейства и двойки, живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми става по следния начин:

1. Постъпилите заявления се приемат от служител в деловодството на Община Суворово. Същият завежда заявленията в деловодната система. Съгласно правилата за документооборота на Община Суворово, преписките се насочват към съответния отдел.

2. Комисията по репродуктивните проблеми, назначена със заповед на Кмета на Община Суворово, се произнася с **решение** по всяка преписка, което съдържа:

а/ дата на постановяване;

б/ имена на членовете на комисията, присъствали при постановяване на решението;

- в/ трите имена на лицата от кандидатстващата двойка заявители, техният адрес, ЕГН и входящия номер на заявлението им;
- г/ предложение за одобряване на искането, размера на отпускните средства и предназначението им или предложение за отхвърляне на искането на заявителите;
- д/ мотиви;
- е/ подписи на състава на комисията.

3. Изготвен от комисията **протокол** с всички решения на комисията се внася в деловодството на Общински съвет Суворово до Председателя.

Чл.7 Окончателните размери на финансовите средства /сумата/ за лечение на семейства и двойки, живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми се определят с решение на Общински съвет Суворово, като гласуването става по входящ номер на кандидатите /за запазване на конфиденциалността на заявителите/.

Чл.8 Информирането на лицата, подали заявление към Община Суворово за финансова помощ за лечение на безплодието си, става по следния начин:

1. Кандидатите, подали заявления, се информират за размера на отпускната финансова помощ или за отказа им на официалния сайт на Община Суворово по входящия номер на заявленията си.
2. Лицата, на които са гласувани откази се уведомяват и писмено с посочените от протокола на Комисията мотиви.
3. Лицата, на които е отпускната финансова помощ за лечение и не са я потърсили до два месеца от публикуването на информацията на официалния сайт на Община Суворово биват писмено уведомени.

Чл.9. Изплащането на финансова помощ за лечение на безплодие при лица с репродуктивни проблеми става след извършване на процедурите и представяне на първичен счетоводен документ пред Община Суворово.

Лицата, които са одобрени за отпускане на финансова помощ за лечение подават заявление **/Приложение № 6/** до Кмета на Община Суворово. На същите се издава копие на решението на Общински съвет Суворово, с приложени копия на лична карта, удостоверение от Банката за банкова сметка и оригинални първични счетоводни документи /фактурите да са с подробно описание/ се представят в отдел „Финанси и бюджет“ за изплащане.

Чл.10. Община Суворово води специален електронен регистър на кандидатствалите за финансова помощ двойки с репродуктивни проблеми.

- (1). Служителят приема, проверява и обработва постъпилите заявления за финансова помощ за лечение на безплодие при лица с репродуктивни проблеми, води подробен регистър на кандидатите.
- (2). Регистърът съдържа данни с решенията и протоколите за отпускните /отказаните финансови помощи на лицата с репродуктивни проблеми от Общински съвет.
- (3). Заявленията с приложената документация, решенията с протоколите от заседанията на комисията по репродуктивните проблеми, както и решенията и протоколите от Общински съвет се съхраняват от служител в Община Суворово за срок от пет години.

Чл.11. Комисията по този Правилник осъществява следните функции в изпълнение на правомощията си:

1. Разглежда и одобрява искания, както и изготвя предложения до Общински съвет Суворово за финансово подпомагане на български граждани /с семейства и двойки, живеещи на семейни начала/, живущи на територията на Община Суворово, за извършване на дейности по асистирана репродукция при безплодие.
2. Дава методични указания относно процедурите по отпускане и разходване на финансовите средства.
3. Осъществява контрол за спазване на критериите и условията за придобиване на права за ползване на средствата за извършване на дейности по асистирана репродукция.

Чл.12. Комисията обявява критериите, реда, срока и мястото за прием на документи на сайта на Община Суворово.

Чл.13. Председателят на комисията обявява часа, мястото и графика на заседанията на комисията. Сроктът за обявяване на първото заседание не следва да бъде по-голям от един месец от изтичане на срока за съответния прием на документи.

Чл.14. (1). Заседанията 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). Заседанията на комисията са закрити.

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

Чл.15.(1). С цел подпомагане дейността на комисията, с право на **съвещателен** глас в заседанията ѝ могат да участват и се допускат **представители на юридически лица с нестопанска цел, защитаващи правата на пациентите в областта на лечението на безплодието и репродуктивното здраве.**

(2). По преценка и при необходимост, в работата на комисията могат да участват медицински специалисти, с опит в областта на асистираната репродукция или стерилитета..

Чл.16. При непълнота и неяснота в подадените документи, комисията уведомява писмено кандидатите в тридневен срок от заседанието си, като им дава конкретен срок, не по-голям от месец за попълване на празнотите или корекции.

Чл.17. Всеки заявител може да получи достъп до протоколите на комисията и взетите решения, относно собствената си преписка.

IV. КОНФИДЕНЦИАЛНОСТ НА ДАННИ И ИНФОРМАЦИЯ

Чл.18. Членовете на комисията, лицата по чл.15, ал.1 и ал.2 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.19. (1). Паричната сума, одобрена по чл.7, се отпуска след представяне на първичен счетоводен документ и медицинска документация от лечебно заведение, което има 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.

(2). Заявителят представя оригинална фактура, съдържаща подробни описания и стойност на извършените дейности, медицински изследвания, лекарствени продукти, придружени със съответната медицинска документация в Община Суворово.

(3). Дейностите по чл.19 ал.1 се заплащат чрез банков превод в левове по посочена банкова сметка на заявителя.

Настоящият Правилник влиза в сила от датата на Решението на Общински съвет Суворово.

ДО

КМЕТА НА
ОБЩИНА СУВОРОВО

ЗАЯВЛЕНИЕ

1. от, ЕГН:
(трите имена)
постоянен адрес : общ. Суворово, гр.с.,
ул./ж.к. „.....”, №....., бл....., вх....., ет....., ап.....

2. от, ЕГН:
(трите имена)
постоянен адрес : общ. Суворово, гр.с.,
ул./ж.к. „.....”, №....., бл....., вх....., ет....., ап.....

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН КМЕТ,

С настоящото молим да образувате преписка, по която като разгледате настоящото заявление и приложените към него документи, да се произнесете с решение по реда предвиден в Правилата за отпускане на финансова помощ от Община Суворово за лечение на семейства и лица живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми на територията на Община Суворово, като предложите на Общински съвет Суворово отпускането на:

1.....ЕГН:
(трите имена)
постоянен адрес : общ. Суворово, гр./с.,
ул./ж.к. „.....”, №....., бл....., вх....., ет....., ап.....,
телефон за контакт и e-mail,

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

и на

2.....ЕГН:
(трите имена)
постоянен адрес : общ. Суворово, гр./с.,
ул./ж.к. „.....”, №....., бл....., вх....., ет....., ап.....,
телефон за контакт и e-mail,

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

в качеството ни на **семејство / двойка, живееща на семејни начала** повече от три
години с постоянен адрес в Община Суворово.
вярното се подчертава

This image shows a full page of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

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

- 9

- етапни епикризи;
- документи за извършване на един или повече от следните методи: ХСГ и/или лапароскопия и/или лапаротомия, като ехографското изследване не е доказателствен метод;
- 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 Кръюгер;
- при липса на овулация поради LUFS, документи относно поне два цикъла с ехографски разчитания и снимки;
- при неизяснен стерилитет - данни за безплодие в период поне две години, лекувано чрез конвенционални методи, вкл. с реализирани поне два цикъла с вътрематочни инсеминации.

12. Медицински удостоверителни документи, установяващи стерилитет: етапни епикризи, медицински картони, удостоверения от клиники с отразяване факта на лечението на пациента при тях и извършените манипулации, заверени от нас с гриф: „вярно с оригинала” и саморъчен подпис.

Дата:

С уважение :

1. _____
подпис

2. _____
подпис

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаните:

1....., ЕГН:
(трите имена)

постоянен адрес : общ. Суворово, гр.с.,
ул./ж.к. „.....”, №....., бл....., вх....., ет....., ап.....
и

2....., ЕГН:
(трите имена)

постоянен адрес : общ. Суворово, гр.с.,
ул./ж.к. „.....”, №....., бл....., вх....., ет....., ап.....

С настоящата

ДЕКЛАРИРАМЕ

по реда, предвиден в Правилата за отпускане на финансова помощ от Община Суворово за лечение на семейства и лица живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми в Община Суворово, че:

живеем във фактическо съжителство на семейни начала от год.

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

Дата:

Декларатори:

1. _____
подпис

2. _____
подпис

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният/ долуподписаната:

....., ЕГН:

(трите имена)

постоянен адрес : общ. Суворово, гр.с.,

ул./ж.к. „.....”, №....., бл....., вх....., ет....., ап.....

С настоящата

ДЕКЛАРИРАМ

по реда, предвиден в Правилата за отпускане на финансова помощ от Община Суворово за лечение на семейства и лица живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми в Община Суворово, че:

съпругът /-та, партньор/-ката ми:

....., ЕГН:

(трите имена)

постоянен адрес : общ. Суворово, гр./с.,

ул./ж.к. „.....”, №....., бл....., вх....., ет....., ап.....

не е поставена под запрещение!

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

Дата:

Декларатор: 1. _____
подпис

Забележка: Тази декларация се подава от всеки заявител за неговия съпруг /-а, партньор/-ка!

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаните:

1.....ЕГН:

(трите имена)

постоянен адрес : общ. Суворово, гр.с.,
ул./ж.к. „.....”, №....., бл....., вх....., ет....., ап.....
и

2....., ЕГН:

(трите имена)

постоянен адрес : общ. Суворово, гр.с.,
ул./ж.к. „.....”, №....., бл....., вх....., ет....., ап.....

С настоящата

ДЕКЛАРИРАМЕ

по реда, предвиден в Правилата за отпускане на финансова помощ от Община Суворово за лечение на семейства и лица живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми в Община Суворово, че:

между нас не е налице кръвно родство по права линия и по съребрена линия до четвърта степен!

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

Дата:

Декларатори

1. _____

подпис

2. _____

Подпис

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният/ата.....

/трите имена/

ЕГН..... постоянен адрес

.....

ЛК №..... изд. наот

ДЕКЛАРИРАМ:

Съгласен/на съм, Община Суворово и Общински съвет – Суворово да съхраняват и обработват личните ми данни, съгласно изискванията на Закона за защита на личните данни, които предоставям във връзка с кандидатстване за отпускане на финансова помощ от Община Суворово за лечение на семейства и лица живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми на територията на Община Суворово.

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 Суворово и Общински съвет – Суворово

С настоящото декларирам съгласие за обработка на личните ми данни и предоставянето им на обслужващия банков клон в качеството му на изпълнител по договор за изплащане на здравните помощи чрез дебитни карти, както и при необходимост на други органи, при спазване на разпоредбите на Закона за защита на личните данни.

Дата:

Декларатор:

/подпис/

**ДО
КМЕТ НА
ОБЩИНА СУВОРОВО**

ЗАЯВЛЕНИЕ

1.от

.....ЕГН:,
(трите имена)

постоянен адрес : общ. Суворово, гр.с.,
ул./ж.к. „.....”, №....., бл....., вх....., ет....., ап.....

2.от

.....ЕГН:,
(трите имена)

постоянен адрес : общ. Суворово, гр.с.,
ул./ж.к. „.....”, №....., бл....., вх....., ет....., ап.....

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН КМЕТ,

С настоящото молим да потвърдите изплащането на сумата общо:

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

представляваща реално направените от нас разходи за изследвания, медицински услуги, манипулации и процедури по Приложение 8 от Правилата за отпускане на финансова помощ от Община Суворово за лечение на семейства и лица живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми на територията на Община Суворово.

1.....ЕГН:,
(трите имена)

постоянен адрес : общ. Суворово, гр.с.,
ул./ж.к. „.....”, №....., бл....., вх....., ет....., ап.....

сумата: (.....) лева.
(сумата се посочва цифром и словом)

на каса / по сметка IBAN.....
вярното се подчертава

и на:

2.....ЕГН:,
(трите имена)

постоянен адрес : общ. Суворово, гр./с.,
ул./ж.к. „.....”, №....., бл....., вх....., ет....., ап.....

сумата: (.....) лева.

(сумата се посочва цифром и словом)

на каса / по сметка IBAN.....

вярното се подчертава

За установяване на направените разходи и наличие на условията за изплащане на отпуснатите суми прилагаме и молим при разглеждане на заявлението да вземете предвид следните документи, заверени от нас с гриф: „вярно с оригинала” и саморъчен подпис:

1. Фактури и медицинска документация, съдържаща пълно описание и стойност на извършените изследвания, медицински услуги манипулации и процедури, издадени от съответното акредитирано медицинско заведение.

2. Заверени преписи от решението на назначената от Вас комисия по репродуктивни проблеми и съобразно редът предвиден в Правилата за отпускане на финансова помощ от Община Суворово за лечение на семейства и лица живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми на територията на Община Суворово.

Дата:

С уважение :

1. _____

подпис

2. _____

Подпис

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаната:

.....ЕГН.....

(трите имена и ЕГН на жената)

Информирана съм, че съм задължена да предоставя на Кмета на Община Суворово писмена информация за резултатите от проведената процедура по асистирана репродукция в срок до един месец след настъпване на раждане.

Декларатор:

име и подпис

Дата

Критерии за кандидатстване, индикации, изследвания, медицински услуги, манипулации и процедури по които Община Суворово ще отпуска финансови средства за лечение на семейства и лица живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми на територията на Община Суворово.

Чл.3.(1).Със средства, предвидени в бюджета на Община Суворово, 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 контралатерална непроходимост или стеноза.
 - в/двустранна непроходимост на маточните тръби/вкл. след стерилизация/.
 - г/едностранна непроходимост с контралатерална стеноза,
 - д/двустранна интерстициална или истмична стеноза,
 - 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/.
- 6.Други форми на безплодие с доказана необходимост от лечение чрез АРТ.

(2).Със средства, предвидени в бюджета на Община Суворово, се финансират следните **изследвания, медицински услуги и манипулации**:

- 1.микробиологични изследвания,
- 2.спермален анализ,
- 3.изследвания за трансмисивни инфекции,
- 4.кръвнотрпцова принадлежност и резус фактор,
- 5.хормонални изследвания- контоли и преди КОХС,
- 6.кръвна картина, биохимия и хемостаза преди КОХС,
- 7.други специфични изследвания/генетични, имунологични и др./,
- 8.консултации и прегледи при специалисти по акушерство и гинекология и по-специално тесни специалисти, работещи в областта на репродуктивното здраве, медицинската генетика и имунология, ендокринологии, урологии, андрологични и др./,
- 9.индукция на овулацията и/или КОХС с кломифен цитрат и др. СЕРМ,
- 10.ембриоредукция,
- 11.предимплантационна генетична диагностика или скрининг/PGD/PGS/,
- 12.овоцитна донация,
- 13.ембриодонация,
- 14.процедура за подготовка на маточната лигавица за успешен трансфер на ембриони,
- 15.GIFT, ZIFT и др. подобни,
- 16.имунологични вливания,

17.гинекологични операции и изследвания- лапароскопия, лапаротомия, цветна снимка-ХСГ/хистеросалпингография/, хистероскопия, комбинирана лапаро и хистероскопия, както и операции, които са необходими за подобряване на репродуктивната функция при мъжа.

(3).Със средства, предвидени в бюджета на Община Суворово, се финансират следните процедури:

1.Контролирана овариална хиперстимулация/КОХС/ с един или по-вече 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/.

2.АРТ методи/методи на асистиран репродуктивни технологии/:

а/фоликулна пункция под ехографски контрол;

б/класическо ин витро оплождане;

в/оплождане чрез ICSI (IMSI);

г/ин витро на естествен(спонтанен) цикъл;

д/ин витро процедура с донорски генетичен материал;

е/криоконсервация(замразяване) на предимплантационни ембриони, яйцеклетки

и/или сперматозоиди;

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

з/инсеминации от партньора или с материал от донор;

и/ин витро матурация;

й/тестикуларна и/или епидидимална биопсия/TESE, PESA, MESA/, както и имунологична биопсия на матката.

3.Контрол на стимулационния процес чрез:

-ехографски прегледи;

-хормонални изследвания.