

**ДО
ДИРЕКТОРА
НА ДИРЕКЦИЯ “СОЦИАЛНО ПОДПОМАГАНЕ”
ГРАД _____****ЗАЯВЛЕНИЕ - ДЕКЛАРАЦИЯ****За отпускане на еднократна помощ по реда на чл. 17 от ППЗСП във връзка с лечение в чужбина**От: _____
(име, презиме, фамилия)

Настоящ адрес гр. (с.) _____ област _____

община _____ ж.к. _____

ул. _____ № _____

бл. _____ вх. _____ ет. _____ ап. _____ e-mail: _____ телефон: _____

Лична карта/личен паспорт № _____, издадена/издаден на _____, от _____

Желая да получа еднократна социална помощ за:

 Предстоящо лечение в чужбина Проведено лечение в чужбина**ДЕКЛАРИРАМ:**

1. Със Заповед № _____ от управителя на Националната здравноосигурителна каса е одобрено заплащането на медицински услуги във връзка с лечение в чужбина на

*(три имена на лицето, на което ще бъде проведено лечение)*2. Лечението ще бъде проведено считано от _____ до _____ в _____
(вписва се държавата, в която е проведено / ще бъде проведено лечението)

3. С писмо № _____ потвърдено провеждането на лечението в

(вписва се лечебното заведение, в което е проведено / ще бъде проведено лечението)

4. Известно ми е, че за неверни данни и обстоятелства, посочени в заявление-декларацията, нося наказателна отговорност по чл. 313 от Наказателния кодекс.

5. На основание чл. 6, пар. 1, б. „а“ от Регламент (ЕС) 2016/679 на Европейския парламент и на Съвета от 27 април 2016 година относно защита на физическите лица във връзка с обработването на лични данни и относно свободното движение на такива данни и за отмяна на Директива 45/46/ЕО декларирам своето съгласие за обработване на личните ми данни от Агенцията за социално подпомагане и нейните териториални поделения за подпомагането ми с еднократна помощ по реда на чл. 17 от ППЗСП.

6. Желая помощта да ми бъде преведена по:

 касов път - чрез териториалните поделения на „Български пощи“ ЕАД _____ ДА НЕ банков път _____ ДА НЕ

IBAN

Банка _____

Банков клон _____

Декларирам, че посочената по-горе платежна сметка е лична с титуляр _____
обозначена е с Международен номер на банкова сметка (International Bank Account Number - IBAN), водена от доставчик на платежни услуги, лицензиран от БНБ и клонове на доставчици на платежни услуги, осъществяващи дейност на територията на страната.

Прилагам следните документи:

1. Лична карта (за справка).
2. Заповед от управителя на Националната здравноосигурителна каса за одобряване на заплащането за медицинската услуга (ако не може да бъде получена по служебен път)
3. Копие на легализиран превод на документ за потвърждение от лечебното заведение, което ще проведе лечението, в което да са указани срок и начална дата (ако провеждането на лечение предстои)
4. Копие на легализиран превод на епикриза от лечебното заведение, провело лечението (ако лечението вече е проведено)
5. Легализиран превод на оригинални разходооправдателни документи за извършени разходи за нощувка на правоимащото лице и придружителя му, когато има право на такъв.

Дата: _____

Запази

Уникален номер на заявката: _____

Версия 1

Дата на създаване 04.07.2023 г.

Служи за уникално идентифициране на услугата при последващите действия по нейната обработка, заплащане и доставка (генерира се автоматично при натискане на бутон "Запази")

Длъжностно лице, приело заявление-декларацията: _____

(име и фамилия)

Дата: _____

Подпис: _____