



ОБЩИНА ВАРНА

КМЕТ

ЗАПОВЕД

№ 2570

гр. Варна, 15.07. 2020 година

На основание чл. 44, ал.1, т. 1 и ал. 2 от Закона за местното самоуправление и местната администрация, Решение №338 на Министерския съвет от 2017 г. за приемане на мерки за намаляване на административната тежест върху гражданите и бизнеса чрез премахване на изискването за представяне на някои официални удостоверителни документи на хартиен носител и във връзка с Регламент (ЕС) 2016/679 на Европейския парламент и на Съвета от 27 април 2016 г. и Правилник за организацията на работа и дейността на Център за асистирана репродукция, издаден от министъра на здравеопазването

НАРЕЖДАМ:

- 1. Отменям** Заповед № 2472/03.07.2018 г.
- 2. Утвърждавам** „Правила за отпускане на финансова помощ от Община Варна за лечение на семейства и лица, живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми“, приложение към настоящата заповед.

Контрол по изпълнение на настоящата заповед възлагам на Заместник-кмет на Община Варна – Коста Базитов.

Екземпляр от заповедта да се връчи на Директор на дирекция „Здравеопазване“ за изпълнение и деловодството за сведение и съхранение.

Копие от заповедта да се изпрати по електронен път на Заместник-кметовете, Секретаря, Председателя на Общинския съвет – Варна, Ръководител на Звено за вътрешен одит и директорите на дирекции ПНО, ФБ и ФСД.

ДИРЕКТОР НА ДИРЕКЦИЯ ПНО:

КМЕТ НА ОБЩИНА ВАРНА:

.....
(ДИМИТЪР КИСКИНОВ)



.....
(ИВАН ПОРТНИХ)
2020/140720

ПРАВИЛА

ЗА ОТПУСКАНЕ НА ФИНАНСОВА ПОМОЩ ОТ ОБЩИНА ВАРНА ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА СЕМЕЙСТВА И ЛИЦА, ЖИВЕЕЩИ НА СЕМЕЙНИ НАЧАЛА С РЕПРОДУКТИВНИ ПРОБЛЕМИ

I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

Чл. 1. Настоящите правила определят реда, условията и процедурата за финансово подпомагане със средства, предвидени в бюджета на Община Варна, както и медицинските критерии за определяне на лицата с репродуктивни проблеми.

Чл. 2. Средствата са предвидени за финансово подпомагане на семейства и лица, живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми за изследвания, медицински услуги, манипулации, процедури, извършени на територията на Република България, лекарствени продукти, закупени на територията на Република България (включени в Позитивния лекарствен списък), свързани с лечение на безплодие, както и хранителни добавки, закупени на територията на Република България и се гласуват всяка календарна година с бюджета на Община Варна.

Забележка:

Изследвания, манипулации, процедури, извършени в чужбина и лекарствени средства и хранителни добавки закупени в или от чужбина, **не се финансират** от бюджета на Община Варна.

II. УСЛОВИЯ И КРИТЕРИИ ЗА ФИНАНСОВО ПОДПОМАГАНЕ

Чл. 3. Финансова помощ за преодоляване на репродуктивни проблеми, лечими преди всичко с методите на асистирани репродуктивни техники /АРТ/ се отпуска за лечение на семейства и лица, живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми **при условие, че:**

(1). В един от случаите:

1. Са изчерпали възможностите за кандидатстване, предоставяни от ЦАР;

Забележка:

❖ Всеки клиничен случай, при който двойката-заявител е изчерпала опитите за ин витро, предоставени от ЦАР.

❖ Всеки клиничен случай, при който двойката-заявител, губи правото си на одобряване за ин витро от ЦАР поради настъпило онкологично заболяване на жената при втори, трети или четвърти опит. Задължително към изискуемите документи е необходимо да се представи документ от клинична онкологична комисия, който мотивирано доказва, че по отношение на жената могат да се извършат

заявените дейности и има възможност за настъпване и износване на бременност с методите на АРТ, без това да води до опасност за здравето, пряко свързана с основното заболяване. В този случай „Искането“ се подава след приключване на лечението на онкологичното заболяване и след изтичане на периода, в който според клиничната онкологична комисия, може да се очаква настъпване и износване на бременност без опасност за рецидивирание на онкологичното заболяване.

2. Не отговарят на условията за кандидатстване в ЦАР;

Забележка:

❖ 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 и решение на комисия.

❖ Всеки клиничен случай при жени с онкологични заболявания от двойката-заявител, навършили 35 години към датата на подаване на искането за първи път. Задължително към изискуемите документи е необходимо да се представи документ от клинична онкологична комисия, който мотивирано доказва, че по отношение на жената могат да се извършат заявените дейности и има възможност за настъпване и износване на бременност с методите на АРТ, без това да води до опасност за здравето, пряко свързана с основното заболяване. В този случай „Искането“ се подава след приключване на лечението на онкологичното заболяване и след изтичане на периода, в който според клиничната онкологична комисия, може да се очаква настъпване и износване на бременност без опасност за рецидивирание на онкологичното заболяване.

3. Отговарят на условията на ЦАР, като могат да кандидатстват само за финансиране на дейности (изследвания и манипулации), които не се финансират от ЦАР.

Забележка:

Двойки, които отговарят на изискванията на ЦАР, могат да кандидатстват единствено за изследвания и манипулации, които не се финансират от ЦАР, независимо дали са кандидатствали по ЦАР.

(2). Изтекла е една година от подаване на предходното искане (Приложение №1) за отпускане на финансова помощ за лечение на репродуктивни проблеми;

(3). При всяко следващо подаване на Искане (Приложение №1), отпада възможността за финансиране по предходното, независимо дали са изразходвани отпуснатите средства по решение на Общински съвет – Варна;

(4). Поне единият от двойката да е български гражданин с постоянен адрес на територията на Община Варна през последните 2 /две/ години;

(5). Двойката да няма задължения към Община Варна и данъчни задължения към държавата;

(6). Двамата да са с непрекъснати здравноосигурителни права;

(7). Да не са поставени под запрещение или криминално проявени лица, да не са осъждани за умишлени престъпления от общ характер, независимо от последвалата реабилитация;

(8). Да са семейства или двойки, живеещи на семейни начала;

Чл. 4. При промяна в Правилника на ЦАР относно реда, условията и критериите за финансово подпомагане се променя и възможността за финансиране и по тези Правила.

Чл. 5. Община Варна финансира **дейности** до размера определен в решението на Общински съвет – Варна, **изследвания, лекарствени средства и хранителни добавки**, свързани с асистираната репродукция при спазване на всички изисквания, посочени в тези правила:

(1). Извършването на предварителни изследвания, манипулации (оперативни процедури) и други медицински услуги за доказване причината за репродуктивните проблеми, вписани в становище от специалист по АРТ;

(2). Изследванията, необходими като минимум съгласно изискванията на „Наредба №28 от 20.06.2007 г. за дейности по асистирана репродукция“;

(3). Лекарствени продукти от „Позитивния лекарствен списък“ на Министерството на здравеопазването за лечение на свързани с асистираната репродукция проблеми;

(4). Хранителни добавки за подпомагане на лечението на свързани с асистираната репродукция проблеми, изписани с рецепта от АГ – специалисти и/или такива със специалност по репродуктивна медицина;

(5). Консултации и прегледи при специалисти по акушерство и гинекология и по-специално тесни специалисти, работещи в областта на репродуктивното здраве, медицинската генетика и имунология, ендокринолози, уролози, андролози и др.;

(6). Избор на екип при извършването на медицински дейности свързани с асистираната репродукция;

(7). Индукция на овулацията (с човешки хориалгонадотропин) и/или КОХС с кломифен цитрат, ароматазни инхибитори, гонадотропни хормони;

(8). Ембриоредукция;

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

- (10).** Различни техники и процедури за подготовка на маточната лигавица за успешен трансфер и имплантация на ембрионите;
- (11).** Техники за получаване на сперматозоиди (PESA, TESA, TeSE) при мъже с азоспермия и данни за инфертилитет, т.е. тестикуларна и/или епидидимална биопсия;
- (12).** Имунологични вливания;
- (13).** Имунологична биопсия;
- (14).** Избор на лекар или екип при гинекологични операции и изследвания – ехография, лапароскопия, лапаротомия, хистеросалпингография, хистероскопия, комбинирана лапаро и хистероскопия;
- (15).** Инсеминация и реинсеминации от партньора или дарител;
- (16).** Криоконсервация на ембриони, яйцеклетки, сперматозоиди, овариална и тестикуларна тъкан;
- (17).** Замразен ембриотрансфер /ЗЕТ/ от извършен по-рано опит, финансиран от ЦАР или самофинансиран опит;
- (18).** Ин витро процедура с донорски генетичен материал (яйцеклетка, сперматозоид или ембрион), при възраст на жената **до 50 години.**

Забележка:

Всяка двойка заявител може в писмен вид да поиска финансиране на процедура, лекарствен продукт, изследвания или друго, ако не го вижда в посочените по-горе (например ако са приложени нови и по-съвременни методи в областта на асистираните репродуктивни техники). Комисия, в която участва специалист по АРТ ще се произнесе по искането.

Чл. 6. Община Варна финансира посочените дейности в чл. 5 при спазване на всички изисквания, посочени в тези правила и при наличие на една или повече от следните индикации:

- (1).** Тубарен стерилитет при жената, доказан чрез общоприетите начини за поставяне на диагнозата „тубарен стерилитет“ (лапароскопия, лапаротомия или хистеросалпингография (ХСГ));
- (2).** Стерилитет с неизяснена етиология чрез конвенционалните диагностични методи;
- (3).** Стерилитет, вследствие на тазова и яйчникова ендометриоза;

(4). Ендокринен стерилитет при жената, свързан с липсата на овулация, поради LUFS; преждевременна яйчникова недостатъчност (POF), поликистозен овариален синдром (PCOS);

(5). Стерилитет, свързан с мъжки фактор;

Забележка:

При двойки кандидатстващи за финансиране до 3 500 лв. с донорски генетичен материал, поради стерилитет, свързан с мъжки фактор, проблемите на сперматогенезата се доказват с две спермограми от различни лицензирани клиники по репродуктивна медицина на територията на Република България и не по-стари от 6 месеца към датата на подаване на Искането (Приложение №1).

(6). Други форми на безплодие с доказана необходимост от лечение чрез АРТ;

(7). Доказано моногенно генетично заболяване или доказана балансирана хромозомна мутация при поне един от партньорите;

(8). Доказано онкологично заболяване при жената.

Чл. 7. Със средства, предвидени в бюджета на Община Варна, се финансират двойки с безплодие, лечимо преди всичко с методите на АРТ (асистирани репродуктивни технологии) и включително чрез ин витро оплождане при спазване на условията в чл. 3 и чл. 6 от настоящите правила.

(1). До **2 000** лева се финансират двойки за:

- Изследвания и манипулации, които не подлежат на финансиране съгласно правилата на ЦАР при двойки, одобрени за асистирана репродукция от ЦАР;

- Изследвания, манипулации и/или ин витро 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).

- 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.

(2). До **3 500** лева се финансират за изследвания, манипулации и/или ин витро процедури двойки, които са показани за ин витро процедура с донорски генетичен материал (яйцеклетка, сперматозоиди или ембрион), при възраст на **жената до 50 години.**

Забележка:

При жената, намаленият яйчников резерв, следва да се документира с хормонални изследвания (антимюлеров хормон /АМН/ и фоликулостимулиращ хормон /FSH/).

При мъжа, фактора се доказва с 2 бр. спермограми от 2 различни клиники по АРТ.

При генетичен проблем, показан за инвитро процедура с донорски генетичен материал е необходимо представяне на генетични изследвания и документ за включване в донорска програма от клиника по АРТ.

Чл. 8. (1). Дейностите, изследванията и манипулациите свързани с лечение на репродуктивни проблеми, финансирани от Община Варна, следва да са извършени в лечебни заведения на територията на Република България, които имат валидно Разрешение за дейност, съгласно действащото законодателство (Закона за здравето /ЗЗ/, Закона за лечебните заведения /ЗЛЗ/ и свързаните с тях наредби).

(2). Лекарствените продукти, свързани с лечение на репродуктивни проблеми, финансирани от Община Варна, следва да са разрешени за употреба в Р България (включени в Позитивния лекарствен списък) и да са закупени от лица притежаващи разрешение за търговия на дребно с лекарствени продукти или лица получили разрешение/удостоверение за регистрация за търговия на едро с лекарствени продукти по реда на Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина /ЗЛПХМ/.

(3). Хранителните добавки, свързани с подпомагане на лечение на репродуктивни проблеми, финансирани от Община Варна, следва да са изписани с рецепта от АГ-специалисти и/или такива със специалност по репродуктивна медицина и са закупени от обекти, регистрирани по реда на Закона за храните, както и в аптеки и дрогерии на територията на Р България.

III. РЕД И ОРГАНИЗАЦИЯ НА РАБОТА

Чл. 9. (1). Дирекция „Здравеопазване“ обявява критериите, реда, срока и мястото за прием на документи на сайта на Община Варна.

(2). При кандидатстване за финансово подпомагане от Община Варна, двойката-заявител подава „Искане по образец“ (Приложение №1), към което се прилагат следните документи:

- Медицинско свидетелство, за всеки от заявителите, че не е диспансеризиран за психично заболяване – оригинал; (Документът се издава от лекар със специалност „Психиатрия“, регистриран в лечебно заведение в

извънболничната помощ по Закона за лечебните заведения или от ДКЦ „Света Марина“ ЕООД);

- Становище от АГ-специалист, че към момента на подаване на искането няма настъпила бременност – оригинал;

- Декларация по образец (Приложение №2) – оригинал;

- Копия на медицинска документация, заверена с гриф: „Вярно с оригинала“ и саморъчен подпис, по някое или по всички обстоятелства, удостоверяващи наличие на репродуктивни нарушения и съответната причина за безплодието.

- Към изискуемите документи, при които жената от двойката-заявител е с онкологично заболяване е необходимо задължително да се представи документ от клинична онкологична комисия, който мотивирано доказва, че по отношение на жената могат да се извършат заявените дейности и има възможност за настъпване и износване на бременност с методите на АРТ, без това да води до опасност за здравето, пряко свързана с основното заболяване.

Забележка:

Образци на горепосочените документи (Приложение №1 и 2) могат да бъдат изтеглени по електронен път от сайта на Община Варна, Дирекция „Здравеопазване“.

(3). При необходимост, Дирекция „Здравеопазване“ може да изисква да бъдат представени допълнителни документи и данни от двойката, както и да извършва проверки и запитвания до различни институции и лечебни заведения.

Чл. 10. (1) Исканията за финансово подпомагане по тези правила (Приложение №1), се разглеждат и одобряват от комисия, назначена със Заповед на Кмета на Община Варна.

(2). В комисията участват служебни лица от следните структурни единици:

1. Дирекция „Здравеопазване“;

2. Представител/и от Общински съвет – Варна;

3. Специалист акушер-гинеколог с допълнителна квалификация или опит в областта на репродуктивната медицина.

(3). Комисията по чл. 10, ал. 1, провежда заседания, на които разглежда постъпилите в Община Варна искания (Приложение №1) и изготвя протокол с предложение към Общински съвет – Варна за решение.

(4). Решението на Общински съвет – Варна се публикува на официалният сайт.

Чл. 11. Кандидатите, подали искане за отпускане на финансови средства за лечение на репродуктивни проблеми, се информират за решението на Общински съвет – Варна на официалния сайт на Община Варна на ел. адрес: <http://www.varna.bg/>, както и писмено на посочения от тях адрес.

IV. ОТЧЕТНОСТ И КОНТРОЛ

Чл. 12. (1) На финансиране до размера на сумата определена в решението на Общински съвет – Варна подлежат всички одобрени двойки.

(2). За изплащане на финансова помощ за лечение на репродуктивни проблеми на двойките одобрени с решение на Общински съвет – Варна е необходимо да подадат „Искане“ (Приложение №3) до Кмета на Община Варна, с което да се потвърди изплащането на средствата реално изразходени от двойката, до размера на сумата определен в решението.

Към искането (Приложение №3), следва да се приложат:

- оригинални първични счетоводни документи (при касови плащания – фактура с касов бон, при безкасови плащания фактура с платежен документ);
- копия от медицинска документация, описваща детайлно дейностите, за които са извършени разходите с подробно описание на дейности, манипулации, изследвания, наименование на лекарствени продукти и хранителни добавки (бланки с изследвания, епикризи, в това число и етапни и др.), заверени с гриф: „Вярно с оригинала“;
- оригинал или копие на рецепти – при приложимост (при представяне на ф-ри за хранителни добавки), заверени с гриф: „Вярно с оригинала“;
- оригинал или копие на удостоверение от банката за банкова сметка, приложени към Искането, заверени с гриф: „Вярно с оригинала“.

(3). При непълноти и/или неясноти в представените документи към искането (Приложение №3), Дирекция „Здравеопазване“ може да изисква и допълнителни документи и данни от двойката, както и да изисква справки и запитвания до лечебните заведения и институции, чрез двойката.

(4). Фактурите следва да бъдат издадени на името на жената/мъжа от двойката, одобрена за финансиране, на който е извършено съответното изследване, манипулация, процедура или са закупени медикаменти.

(5). За изплащане се одобряват първични счетоводни документи (оригинални фактури и др.), с дати на извършване на разходите след датата на подаване на Искането (Приложение №1) в Община Варна и не по-късно от 1 /една/ година от датата на Решението на Общински – съвет Варна за одобрение.

(6). В случай, че представените за изплащане финансови документи не отговарят на изискванията на тези Правила, писмено се уведомява двойката-заявител за отказ на заплащане на съответните суми с посочени причини, като оригиналните финансови документи се връщат на заявителите.

Чл. 13. За двойките, одобрени за финансово подпомагане за изследвания и манипулации и /или ин витро процедури с **донорски материал** задължително се прилагат документи от съответното лечебно заведение, удостоверяващ, че извършените манипулации и процедури **са по донорска програма**.

Чл. 14. Средствата се превеждат чрез банков превод в левове по посочената в Искане (Приложение №3) от двойката банкова сметка, на името на един от двамата искатели.

Чл. 15. Исканията с приложената документация, решенията с протоколите от заседанията на комисията по репродуктивните проблеми, както и решенията и протоколите от Общински съвет – Варна се съхраняват от служител в Отдел „Лечебни заведения и ДУЗ“, Дирекция „Здравеопазване“ за срок от 5 /пет/ години.

Чл. 16. Двойката-заявител **се задължава** да уведоми Община Варна **при живородено дете/деца**.

V. КОНФИДЕНЦИАЛНОСТ НА ДАННИ И ИНФОРМАЦИЯ

Чл. 17. Членовете на комисията, както и служителите на общинската администрация, нямат право да разгласяват факти и обстоятелства, които са им станали известни в хода на тяхната дейност.

Настоящите Правила са утвърдени със Заповед на Кмета на Община Варна №..... и влизат в сила от датата на утвърждаването им.

**ДО
КМЕТА НА
ОБЩИНА ВАРНА**

И С К А Н Е

1.от.....,ЕГН:.....

(трите имена)

постоянен адрес : общ. Варна, гр.с.,
ул./ж.к.,.....",№.....,бл.....
вх.,.....", ет....., ап....., телефон за контакт и e-mail.....

2.от.....,ЕГН:.....

(трите имена)

постоянен адрес : общ. Варна, гр.с.,
ул./ж.к.,.....",№.....,бл.....в
х.,.....", ет....., ап....., телефон за контакт и e-mail.....

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН КМЕТ,

Моля да ни бъде отпусната сума в размер на:

2 000 лв. за изследвания и манипулации, които не се финансират от ЦАР;

2 000 лв. за изследвания, манипулации и/или инвитро процедура със собствен генетичен материал;

3 500 лв. за изследвания, манипулации и ин-витро процедури по донорска програма.

Прилагаме следните документи:

Медицинско свидетелство, за всеки от заявителите, че не се води на диспансерен учет за психично заболяване - оригинал;

Становище от АГ-специалист, че към момента на подаване на заявлението няма настъпила бременност - оригинал;

- Декларация по образец (Приложение №2);
- Копия на медицинска документация, заверена с гриф: „Вярно с оригинала“ и саморъчен подпис, по някое или по всички обстоятелства, удостоверяващи наличие на репродуктивни нарушения и съответната причина за безплодието.
- В случай, че жената от двойката е с онкологично заболяване – документ от клинична онкологична комисия, че няма опасност за извършване на заявената дейност.
- Информирани сме, че личните ни данни се обработват за целите на административното обслужване.

Дата:

С уважение :

1. _____
/име и фамилия, подпис/

2. _____
/име и фамилия, подпис/

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаните:

1....., ЕГН:.....

(трите имена)

постоянен адрес : общ. Варна, гр.с.,

ул./ж.к.,.....", №....., бл.....в

х.,.....", ет....., ап.....

и

2.от....., ЕГН:.....

(трите имена)

постоянен адрес : общ. Варна, гр.с.,

ул./ж.к.,.....", №....., бл.....

вх.,.....", ет....., ап.....

ДЕКЛАРИРАМЕ

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

Живеем във фактическо съжителство на семейни начала от год.

Съпругът/партньорът ми:

..... не е поставен под запрещение.

(трите имена)

Съпругата/партньорката ми:

..... не е поставена под запрещение.

(трите имена)

Между нас не е налице кръвно родство по права линия и по съребрена линия до четвърта степен.

- Изразходили сме опитите за ин витро процедури, финансирани от Центъра за асистирана репродукция – гр. София /ЦАР/.
- Не отговаряме на условията и изискванията за финансиране от Центъра за асистирана репродукция – гр. София /ЦАР/.

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

Дата:

Декларатори:

1. _____
/име и фамилия, подпис/

2. _____
/име и фамилия, подпис/

**ДО
КМЕТА НА
ОБЩИНА ВАРНА**

И С К А Н Е

1. от.....,ЕГН:.....
(трите имена)

постоянен адрес : общ. Варна, гр.с.,
ул./ж.к.,.....",№.....,бл.....в
х.".....", ет....., ап....., телефон за контакт и e-mail.....

2. от.....,ЕГН:.....
(трите имена)

постоянен адрес : общ. Варна, гр.с.,
ул./ж.к.,.....",№.....,бл.....в
х.".....", ет....., ап....., телефон за контакт и e-mail.....

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН КМЕТ,

С настоящото молим да потвърдите изплащането на сумата общо:

.....(.....) лева,
(сумата се посочва цифром и словом, в размер до 2000 лева или до 3500 лева в
зависимост от Решението на Общински съвет – Варна за одобрение)

по сметка IBAN.....,
на името на
представляваща реално направените от нас разходи за процедурите, изследванията,
медицинските услуги и манипулациите.

За установяване на направените разходи и наличие на условията за изплащане на
отпуснатите суми прилагаме:

- Оригинални фактури, придружени от касови бонове или платежни документи;
- Медицинска документация, съдържаща пълно описание и стойност на извършените
процедури, изследвания, медицински услуги и манипулации, издадени от
съответното акредитирано медицинско заведение.

Информирани сме, че личните ни данни се обработват за целите на административното обслужване.

Дата:

С уважение :

1. _____
подпис

2. _____
подпис

КОНТРОЛЕН ЛИСТ №1

Финансова помощ от Община Варна за лечение на семейства и лица, живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми

Искане №.....

Име:.....

Име:.....

I. Проверка за съответствие на документи

№	Документ	ДА	НЕ
1	Служебна проверка на документ за самоличност /на всеки от заявителите /		
2	Удостоверение, за всеки от заявителите, че не се води на диспансерен учет за психично заболяване		
3	Становище от АГ-специалист за липса на бременност към момента на подаване на документите		
4	Декларация по образец /Приложение 2/		
5	Медицинска документация, удостоверяваща наличие на репродуктивни проблеми		
6	Други документи		

Проверил документите: Експерт от отдел „Лечебни заведения и ДУЗ“

Подпис:

Дата:.....

/име, фамилия/

II. Служебна проверка

№	Документ	ДА	НЕ
1	Съдебно минало на лицето /за всеки от заявителите/		
2	Наличие или липса на задължения, към Община Варна и данъчни задължения към държавата /за всеки от заявителите/		
3	Здравноосигурителен статус /за всеки от заявителите/		

Извършил проверката: Експерт от отдел „Лечебни заведения и ДУЗ“

Подпис:

Дата:.....

/име, фамилия/

III. Проверка на медицинска документация

№	Документ	ДА	НЕ
1.	За определяне на финансова помощ до 2 000 лв. за изследвания и манипулации, които не се финансират от ЦАР		
2.	За определяне на финансова помощ до 2 000 лв. за изследвания, манипулации и /или ин-витро процедура със собствен генетичен материал		
3.	За определяне на финансова помощ до 3 500 лв. за изследвания, манипулации и ин-витро процедура по донорска програма		

Проверили документите:

Гл. експерт „Лечебни заведения“ Подпис: Дата:.....

Гл. експерт „Репродуктивно здраве“ Подпис: Дата:.....

Гл. експерт „Финанси“ Подпис: Дата:.....

Становище:

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

Директор на дирекция „Здравеопазване“ Подпис:.....

Началник на отдел “Лечебни заведения и ДУЗ” Подпис:.....

Дата:

КОНТРОЛЕН ЛИСТ №2

За отпусната финансова помощ от Община Варна за лечение на семейства и лица, живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми

Искане №.....

Име:.....

Име:.....

Решение на Общински съвет – Варна №.....

Протокол №.....

Проверка за съответствие на документи

№	Проверка за съответствие	ДА	НЕ
1	Извършена служебна проверка на лични карти на лицата, на които е отпусната еднократна финансова помощ за лечение на безплодие		
2	Извършена служебна проверка за съответствие на данните от личните карти и данните в банкова сметка		

Извърших служебна проверка на документите (лични карти и банкова сметка). Данните по лични карти съответстват на данните в банковата сметка.

Име:..... Подпис:.....

Длъжност:..... Дата:.....

Дирекция "Здравеопазване"