Вх. №................../.....................

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА ДИРЕКЦИЯ**

**"СОЦИАЛНО ПОДПОМАГАНЕ"**

**ГР. ........................................**

**ЗАЯВЛЕНИЕ-ДЕКЛАРАЦИЯ**

От ..........................................................................ЕГН/ЛНЧ.......................................

(име, презиме, фамилия)

Постоянен адрес: гр. (с.) …………….................……..…, община ……........….......….......…...…….,

обл. .......……………......................…...….,ж.к./кв. ……….............................…………….........……,

бул./ул. ………………………………...……….……№ ........., бл. ……….., вх. ……., ет. …….., ап. ….......…,

Лична карта №…………………......................., издадена на ………............................…….....….,

от МВР гр. ............................

тел: ………………….……., e-mail: ………………..….…………

Настоящ адрес: гр. (с.) ............................. , община ……….......…………., обл. .........., ж.к./кв. ……………………............……, бул./ул. ………………..........……………………….……№ ..............,

бл. ……….., вх. ……., ет. …….., ап. ……, тел: ………………….…….,

Желая, да бъда здравно осигурен/а за сметка на държавния бюджет, съгласно чл. 40, ал. 3, т. 9 от Закона за здравно осигуряване (родителите, осиновителите, съпрузите или един от родителите на майката или бащата, които полагат грижи за лице с увреждане с 50 и над 50 на сто вид и степен на увреждане или с трайно намалена работоспособност с определена чужда помощ).

**ДЕКЛАРИРАМ:**

1. Полагам постоянно грижи за лице с увреждане с 50 и над 50 на сто вид и степен на увреждане или с трайно намалена работоспособност с определена чужда помощ:

................................................................................... ЕГН/ЛНЧ ...............................,

( Име, презиме, фамилия )

Настоящ адрес: гр. (с.) ............................................., област ..................................., община..............................................., ж.к./кв. .........................................................,

бул./ул. ............................................................№ .......,

бл. ..........., вх. ............, ет. .........., ап. .........., тел.: ................................

Родствена връзка: ......................................

1. Не съм здравно осигурен на друго основание по Закона за здравното осигуряване.

Давам съгласие за обработка и съхранение на личните ми данни, съгласно изискванията на Закона за защита на личните данни.

Информиран/а съм, че при стартиране на процедурата по здравното ми осигуряване по реда на чл. 40, ал. 3, т. 9 от ЗЗО ще бъде извършена проверка на декларираните от мен обстоятелства от Националната агенция за приходите.

При промяна на декларираните обстоятелства се задължавам в 7-дневен срок да уведомя Дирекция „Социално подпомагане”.

Известна ми е наказателната отговорност, която нося за декларирани неверни данни по реда на чл. 313 от Наказателния кодекс.

**Приложение:**

1. Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК на лицето с увреждане за което се полагат грижи (за справка)
2. Лична карта (за справка)

Дата: **ДЕКЛАРАТОР:**

|  |
| --- |
| Заявление-декларацията е приета и проверена от: ..................................................... |
|  |
| (трите имена, длъжност) |
|  |
| Дата: ...................... Подпис: ................... |