

П Р А В И Л Н И К

**ЗА РЕДА, НАЧИНА И УСЛОВИЯТА ЗА ОТПУСКАНЕ НА
ФИНАНСОВИ ПОМОЩИ НА ГРАЖДАНИ ОТ БЮДЖЕТА НА
ОБЩИНА СЕПТЕМВРИ**

I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

Чл. 1. С този Правилник се определя редът и начина на отпускане и отчитане на финансови помощи от бюджета на община Септември.

Чл. 2. Средствата се предоставят на лица, които се нуждаят от финансова помощ за лечение на тежки заболявания в случаи, че те не могат сами да заплатят лечението си и на семейни лица или живеещи на семейни начала, с репродуктивни проблеми за лечение на безплодието им.

Чл. 3. Помощта се отпуска еднократно.

Чл. 4. Максималният размер на предоставената помощ е до 300/триста/ лева.

Чл. 5. (1) Общата сума, предвидена за отпускане на помощи по този Правилник се одобрява от Общинския съвет при приемането на годишния бюджет на община Септември.

(2) Сумата се актуализира при доказана необходимост с Решение на Общински съвет.

(3) С решение на Общински съвет могат да бъдат изплатени помощи над определения максимален размер по предложение на Обществения съвет.

Чл. 6. Еднократна помощ не се отпуска на лица, които са получавали финансова помощ от Общински съвет – Септември през предходните 12 месеца, освен при изключителни случаи.

II. ФИНАНСОВА ПОМОЩ ЗА ТЕЖКИ ЗАБОЛЯВАНИЯ И ПРИ РЕПРОДУКТИВНИ ПРОБЛЕМИ

Чл. 7. Право да кандидатстват за получаване на парична помощ имат:

1. Български граждани с доказани тежки заболявания, лечението на които не могат да заплатят сами и които имат настоящ адрес на територията на община Септември, не по-малко от 1 година преди подаване на заявление.

2. Български граждани с безплодие, които имат настоящ адрес на територията на община Септември, не по-малко от 1 година преди подаване на заявление, при наличие на някои от индикациите, съгласно Приложение №4 /по чл. 7, т. 2./

Чл. 8. Помощите по този Правилник са следните:

1. Еднократна помощ за животоспасяващи операции и такива, предотвратяващи трайни увреждания, извършени в рамките на календарната година.
2. Еднократна помощ за скъпо струващи лекарства при животоспасяващо лечение и такива, предотвратяващи трайни увреждания.
3. Еднократна помощ за лечение на безплодие и съпътстващи изследвания.

Чл. 9. (1) Помощите за тежки заболявания и при репродуктивни проблеми по този Правилник са индивидуални.

(2) Общественият съвет за упражняване на контрол при осъществяване на дейностите по социално подпомагане разглежда заявленията за отпускане на финансова помощ за тежки заболявания и при репродуктивни проблеми и прави предложение за утвърждаване от Общинския съвет.

III. УСЛОВИЯ И РЕД ЗА ОТПУСКАНЕ НА ФИНАНСОВА ПОМОЩ ЗА ТЕЖКИ ЗАБОЛЯВАНИЯ И ПРИ РЕПРОДУКТИВНИ ПРОБЛЕМИ

Чл. 10. Финансова помощ се предоставя по заявление на:

1. За тежки заболявания от болно дееспособно лице, а в случай, че същото не е в състояние да направи заявлението, последното се подава от член на неговото семейство или от ръководител на лечебното заведение или социална институция.
2. За тежки заболявания от законен представител на недееспособните лица.
3. За лечение на безплодие на лица с репродуктивни проблеми, лично от семейното лице или живеещо на семейни начала.

Чл. 11. Необходими документи:

1. Заявление – по образец (Приложение №1) до Председателя на Обществения съвет за упражняване на контрол при осъществяване на дейностите по социално подпомагане;
2. Декларация за семейно и материално положение/по образец/
3. Лична карта – за справка
4. Експертно решение от ТЕЛК, НЕЛК, ДЕЛК
5. Епикризи
6. Разходооправдателни документи /фактури с касови бележки – оригинал/, които удостоверяват направените разходи;
7. Рецепта издадена от лекуващия лекар
8. Други документи в зависимост от конкретния случай

Чл.11А. Необходими документи за лечение на безплодие: 1. Заявление – по образец(Приложение №1) до Председателя на Обществения съвет за упражняване на контрол при осъществяване на дейностите по социално подпомагане; 2. Декларация към заявление за отпускане на финансова помощ за лечение на тежки заболявания- по образец (Приложение №3); 3. Лична карта – за справка; 4.Разходооправдателни документи (фактури с касови бележки – оригинал), които удостоверяват направените разходи; 5. Рецепта издадена от лекуващия лекар; 6. Документи за доказване наличието на репродуктивни проблеми в зависимост от конкретния случай съгласно Приложение №5 /по чл 11А т.6/.

Чл. 12 Постъпилите молби – декларации, в едно с приложенията към нея се завеждат в Информационен център за обслужване на граждани – деловодство.

Чл. 13 По подадената молба – декларация се образува преписка и същата се предоставя за разглеждане от Обществения съвет.

Чл. 14. Председателят на Обществения съвет насрочва един път месечно заседание за разглеждане на постъпилите заявления и декларации. В заседанията могат да бъдат привлечени за консултации специалисти от съответната област или представители на юридически лица с нестопанска цел, защитаващи правата на пациентите в областта на репродуктивното здраве и на гражданите с доказани тежки заболявания.

Чл. 15.(1) Общественият съвет дава становище за всяко от подадените заявления и приложени декларации, изготвя протокол и предложение до Общинския съвет, за молбите с положително становище.

(2) Обществения съвет дава информация за предоставилите заявления по чл. 10 след изрично тяхно писмено съгласие на дарители, които са изявили желание да предоставят средства на заявителите.

Чл. 16. В срок до 15 дни след заседанието на Обществения съвет гражданите се уведомяват писмено за молбите със становище за отказ.

Чл. 17. (1) Помощите за лечения на тежки заболявания и безплодие са финансови, индивидуални и размера им се определя на база предоставените документи от лицето.

(2) Помощите за тежки заболявания и безплодие се изплащат по касов път (от касата на община Септември) или с платежно нареждане.

IV. ФИНАНСИРАНЕ

Чл.18 Необходимите средства по този Правилник се осигуряват от:

1. Бюджета на община Септември.

V. ДОПЪЛНИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§ 1. Декларираните от молителите данни подлежат на служебна проверка от страна на Общинска администрация.

§2. Правилникът е приет с Решение №236 от Протокол №13 от 24.09.2012 г. на заседание на Общински съвет – Септември и е изменен и допълнен с Решение № 967 взето с Протокол №51 от 29.05.2018г.

§3 Настоящия Правилник съдържа 5 /пет/ броя приложения, които са неразделна част от него.

ДО ПРЕДСЕДАТЕЛЯ
НА ОБЩЕСТВЕНИЯ СЪВЕТ
ПРИ ОБЩИНА СЕПТЕМВРИ

З А Я В Л Е Н И Е
ЗА ОТПУСКАНЕ НА ФИНАНСОВА ПОМОЩ

От....., ЕГН
.....
(име, презиме, фамилия)
Постоянен адрес: гр. (с.) ,
община.....
Настоящ адрес : гр. (с.)..... ,
община.....
ул. № бл.... вх.....,
ет....., ап.....,
тел. за контакт....., мобилен

Заявявам, че желая да ми бъде отпусната еднократна финансова помощ за:

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

(излагат се в свободен текст мотивите за исканата помощ)

С уважение:.....
Становище по заявлението за отпускане на еднократна финансова помощ
.....
.....
.....
.....
.....

Кмет/км. наместник
Секретар на Община Септември

ДЕКЛАРАЦИЯ

От....., ЕГН

I. Семейно положение

- съпруг(съпруга)..... ЕГН

- в състава на семейството ми има/няма деца до 18 годишна възраст, не сключили граждански брак, и те са:

..... ЕГН.....

..... ЕГН.....

..... ЕГН.....

..... ЕГН.....

II. Социална група – а) работещ; б) пенсионер; в) учащ се; г) безработен; д) други

III. Здравословно състояние – а) здрав; б) с ТЕЛК/НЕЛК; в) с епикриза; г) с други

IV. Доходите ми, на семейството ми през предходните шест месец са:

- от
заплата.....

- от пенсия -

- от продажба на недвижимо имущество

- от наеми

- обезщетения и помощи

- стипендии

- други

доходи.....

- Общо:

V. Аз и членовете на семейството ми не извършваме търговска дейност по смисъла на Търговския закон.

VI. Обитаваното от нас жилище е единствено за моето семейство - да - не .

VII. Аз и членовете на семейството ми притежаваме следната друга недвижима собственост:

.....
.....

VIII. Декларирам, че аз и членовете на семейството ми не сме пътували зад граница на собствени разноски през последните 6 месеца.

IX. Декларирам, че през настоящата календарна година не съм/сме подпомогнат/и финансово от Община Септември.

X. Декларирам, че аз и член на моето семейство не сме получавали еднократна помощ от Дирекция „Социално подпомагане” – гр. Септември по чл.16 от Правилника за прилагане на Закона за социално подпомагане.

XI. Декларирам(е), че не съм(сме) сключвал(и) договор за предоставяне на собственост срещу задължение за издръжка и/или гледане – да – не.

XII. Декларирам съгласието си Община Септември да извърши проверка на декларираните от мен данни...../ ДА

XIII. Декларирам съгласието си Община Септември да съхраняван и обработват личните ми данни, съгласно Закона за защита на личните данни, във връзка с получаване на парична помощ за тежко здравословно заболяване.

XIV. Декларирам съгласието си информация за мен да бъде предоставена на дарители, които са изявили желание да подпомогнат финансово заявителите по тази наредба да/не

XV. Известно ми е, че за вписването на неверни данни в тази декларация освен наказателна и гражданска отговорност, която нося, ще бъда лишен/а от финансова помощ. В подкрепа на ЗАЯВЛЕНИЕТО, прилагам:

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

ДЕКЛАРАТОР:.....

/подпис/

ДЕКЛАРАЦИЯ

към заявление за отпускане на финансова помощ за лечение на безплодие

От....., ЕГН

I. Семейно положение(брак/семеини начала)
.....
-съпруг/съпруга(партньор/ка).....ЕГН

II. Декларирам наличие на следния репродуктивен проблем подлежащ на лечение:
.....
.....

III. Декларирам липсата на кръвно родство по права линия и по съребрена линия до четвърта степен между моя/та съпруг/съпруга(партньор/ка)

IV. Декларирам, че аз и моя/та съпруг/съпруга(партньор/ка) не сме поставени под запрещение.

V. Декларирам, че аз и моя/та съпруг/съпруга(партньор/ка) имаме желание и възможност да отглеждаме дете като му предоставяме подходящи условия и възпитание.

VI. Декларирам, че медицинската документация, която представям е подготвена от лечебно заведение, получило разрешение за дейности по асистирана репродукция съгласно чл. 131, ал. 1 от Закона за здравето

VII. Декларирам съгласието си да предоставя информация до Обществения съвет по настоящия Правилник за резултатите от извършената процедура в срок от един месец след установяване на резултатите.

VIII. Декларирам, че през настоящата календарна година не съм подпомоган финансово от Община Септември и нямам задължения към нея.

IX . Декларирам, че нямам прекъснати здравно-осигурителни права.

X . Декларирам, че не съм осъждан с влязла в сила присъда за престъпление от общ характер.

XI. Декларирам съгласието си Община Септември да извърши проверка на декларираните от мен данни...../ ДА

XII . Декларирам съгласието си Община Септември да съхраняван и обработват личните ми данни, съгласно Закона за защита на личните данни, във връзка с получаване на парична помощ за тежко здравословно заболяване.

XIII . Декларирам съгласието си информация за мен да бъде предоставена на дарители, които са изявили желание да подпомогнат финансово заявителите по тази наредба .да/не

XIV. Известно ми е, че за вписването на неверни данни в тази декларация освен наказателна и гражданска отговорност, която нося, ще бъде лишен/а от финансова помощ. В подкрепа на декларацията,прилагам:

ДЕКЛАРАТОР:.....

/подпис/

Индикации за безплодие:

а/. Тубарен стерилитет при жената /МКБ-Х: N97.1/, доказан чрез общоприетите начини за поставяне на диагнозата „тубарен стерилитет” – лапароскопия, лапаротомия или хистеросалпингография (ХСГ):

- липса на маточни тръби двустранно /оперативно отстранени/,
- едностранна липса с контралатериална непроходимост или стеноза,
- двустранна непроходимост на маточните тръби /вкл.след стерилизация/,
- едностранна непроходимост с контралатериална стеноза,
- двустранна интерстициална или истмична стеноза,
- състояние след пластика на маточните тръби, най-малко 12 месеца след пластика, при положение, че не е настъпвала вътрематочна бременност

б/. Доказана тежка ендометриоза (III и IV клас по AFS), както и по-лека, но засягаща интегритета на маточните тръби

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

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

- азооспермия, при хистологични данни за наличие на сперматогенеза;
- олиго- и/или астено-, и/или тератозооспермия, налагаща АРТ чрез IVF или ICSI с поне два от следните параметри: обем на еякулата < 1,0 ml; концентрация на сперматозоидите < 20 милиона/ml; сперматозоиди с добра подвижност < 40 % (grade 1 - 2); сперматозоиди с добра морфология < 30 % (по СЗО) или < 15 % (по Крюгер); наличие на спермоантитела при мъжа и/или жената;

д/. доказано моногенно генетично заболяване или доказана балансирана хромозомна мутация при поне един от партньорите;

е/. Безплодие с неизяснена чрез конвенционалните диагностични методи етиология;

ж/. Други форми на безплодие с доказана необходимост от лечение чрез АРТ (асистирани репродуктивни технологии).

Документи за доказване наличието на репродуктивни проблем в зависимост от конкретния случай:

1. Медицинска документация, удостоверяваща наличие на репродуктивни проблеми, налагащи лечение на безплодието с методите на АРТ, както следва:

а) при тубарен стерилитет при жената - документи от извършването на един или повече от следните методи: ХСГ (хистеросалпингография) и/или лапароскопия, и/или лапаротомия; ехографското изследване не е доказателствен метод;

б) при жени с ендометриоза: освен епикриза и копие от оперативния протокол, и резултат от хистологично изследване;

в) при стерилитет, свързан с мъжки фактор - документ от консултация с уролог при наличие на поне една от индикациите; документи от извършването на два или повече спермални анализа с най-малко един месец между тях в повече от едно лечебно заведение, получило разрешение по чл. 131, ал. 1 от Закона за здравето, последният от които е извършен преди не по-повече една година 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 стриктните критерии на Крюгер;

г) при стерилитет при жената, свързан с липсата на овулация, поради LUFS - документи относно поне три цикъла с ехографски разчитания и снимки;

д) при наличие на генетични проблеми - медицинска документация за доказано моногенно генетично заболяване или доказана балансирана хромозомна мутация при поне един от партньорите и становище от специалист по медицинска генетика;

е) при неизяснен фактор - данни за безплодие в период най-малко две години, лекувано чрез конвенционални методи, вкл. с реализирани минимум два цикъла с вътрематочни инсеминации (IUI) с един и същ партньор;

ж) при други форми на безплодие с доказана необходимост от лечение чрез АРТ – епикризи и медицински документи, доказващи недвусмислено наличието на необходимост от използване на АРТ за постигане и/или износване на здрава бременност

2. Актуална етапна епикриза, издадена от клиника по асистирана репродукция, в която задължително се посочва хормоналния статус на жената и се отбелязва и липсата на контраиндикации, съгласно Наредба № 28 от 2007 г. за дейности по асистирана репродукция;