

**ДО  
ПРЕДСЕДАТЕЛЯ  
НА КОМИСИЯ ПО ЧЛ. 6 ОТ ПРАВИЛНИК ЗА ФППДАРСЛЖСНRP НА  
ТЕРИТОРИЯТА НА ОБЩИНА СТАРА ЗАГОРА  
КЪМ ОБЩИНСКИ СЪВЕТ СТАРА ЗАГОРА**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

по чл.12, ал.1 от

**ПРАВИЛНИКА ЗА ФИНАНСОВО ПОДПОМАГАНЕ НА ПРОЦЕДУРИ И  
ДЕЙНОСТИ ПО АСИСТИРАНА РЕПРОДУКЦИЯ НА СЪПРУЗИ И ЛИЦА,  
ЖИВЕЕЩИ НА СЪПРУЖЕСКИ НАЧАЛА, С РЕПРОДУКТИВНИ ПРОБЛЕМИ  
НА ТЕРИТОРИЯТА НА ОБЩИНА СТАРА ЗАГОРА**

От.....

/трите имена/

ЕГН .....

Лична карта № .....

Издадена от ....., на .....

Постоянен адрес: .....

Адрес за кореспонденция:.....

Телефон за контакт.....

e-mail:.....

Семейно положение.....

Гражданство.....

Моля да ми бъде отпусната сума в размер на ..... лв.  
(.....) за следните дейности.....

словом

.....,  
съгласно приложения остойностен лечебен план.

Прилагам следните документи:

1. Копие на лична карта, заверено от заявителя с гриф „вярно с оригинала“;
2. Копие на Удостоверение за граждански брак или декларация от партньорите при фактическо съжителство ( Приложение 2) ;
3. Декларация, удостоверяваща липсата на кръвно родство ( Приложение 3);
4. Декларация от заявителя, че не е поставен под запрещение (Приложение 4);

5. Декларация от съпруга /партньора/ на заявителя, че не е поставен под запрещение (Приложение 4);
6. Свидетелство за съдимост;
7. Удостоверение за наличието или липса на задължения към Община Стара Загора;
8. Удостоверение от Териториална дирекция Стара Загора към Национална агенция за приходите за непрекъснати здравноосигурителни права;
9. Медицинска документация, включваща
  - 9.1. етапни епикризи;
  - 9.2. документи за извършване на един или повече от следните методи: ХСГ и/или лапароскопия и/или лапаротомия, като ехографското изследване не е доказателствен метод;
  - 9.3. 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 Крюгер;
  - 9.4. при липса на овулация поради LUFSS, документи относно поне два цикъла с ехографски разчитания и снимки;
  - 9.5. при неизяснен стерилитет - данни за безплодие в период поне две години, лекувано чрез конвенционални методи, вкл. с реализирани поне два цикъла с вътрематочни инсеминации;
  - 9.6. остойностен лечебен план;
  - 9.7. декларация – удостоверяваща, че семейната двойка, съжителстващите на семейни начала или лицата, кандидатстващи за финансово подпомагане по правилата на настоящия правилник, не са одобрени за финансово подпомагане за процедури от **Център „Фонд за асистирана репродукция“** ( Приложение 5).
10. Информация за Банкова сметка №.....  
при .....

Дата.....

Подпис:.....

гр.....