**Приложение № 1**

**ДО**

**КМЕТА**

**НА ОБЩИНА КАРНОБАТ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

по чл. 10, ал. 1

от

**ПРАВИЛА ЗА ОТПУСКАНЕ НА ФИНАНСОВА ПОМОЩ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА СЕМЕЙСТВА И ДВОЙКИ С РЕПРОДУКТИВНИ ПРОБЛЕМИ, С ПОСТОЯНЕН И НАСТОЯЩ АДРЕС НА ТЕРИТОРИЯТА НА ОБЩИНА КАРНОБАТ**

от..................................................................................................., ЕГН:……………………….

/трите имена на съпругата/партньорката/

Лична карта №..................... Издадена на ..............................., от............................................

Постоянен адрес: ………………………………………………………………………………

Настоящ адрес:......................................................................................................................

Семейно положение: ........................................................ Гражданство..................................,

Телефон за контакт: ……………………… е-mail:……………………………………….

и

от..................................................................................................., ЕГН:……………………….

/трите имена на съпруга/партньора/

Лична карта №……………… Издадена на .........................., от ...........................................

Постоянен адрес:……………………………………………………………………………….

Настоящ адрес:......................................................................................................................

Семейно положение: ................................................... Гражданство.......................................,

Телефон за контакт………………………… е-mail:…………………………………………

**УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН …………………………,**

 **/***фамилия на кмета***/**

Моля да ни бъде предоставено финансиране в размер до посочения в Правила за отпускане на финансова помощ за лечение на семейства и двойки с репродуктивни проблеми, с постоянен и/или настоящ адрес в Община Карнобат.

Прилагаме следните документи:

1. Медицинска документация
2. Етапна епикриза, с отбелязана липса на контраиндикации, съгласно Наредба № 28 от 2007 г. за дейности по асистирана репродукция, а при индикации за асистирана репродукция на спонтанен цикъл - и препоръка на медицински специалист по асистирана репродукция за прилагане на този метод;
3. Документ от ТД на НАП офис Бургас, удостоверяващ непрекъснати здравноосигурителни права на заявителите
4. Копие на диплома за завършено средно образование на заявителите;
5. Документ, удостоверяващ, че кандидатстващите не страдат от психично заболяване;
6. Подписана декларация Приложение 2.

Дата …………… Подпис: …………………

 Гр. ……………… Подпис: …………………