

## П РА В И Л Н И К

### за финансово подпомагане на семейства и лица, живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми на територията на Община Габрово

*/приет с Решение № 290/20.12.2012 г., изм. с Решение № 266/19.12.2013 г., изм. с Решение № 272/18.12.2014 г., изм. с Решение № 115/28.05.2015 г./*

#### ГЛАВА ПЪРВА ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

**Чл. 1.** С този правилник се определя реда, условията и процедурата за финансово подпомагане на семейства и лица, живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми, на територията на Община Габрово със средства, предвидени в бюджета на Община Габрово.

**Чл. 2.** Средствата, за финансово подпомагане се определят за всяка календарна година с бюджета на Община Габрово.

**Чл. 3. (1)** Със средства, предвидени с бюджета на Община Габрово, се финансират лица с безплодие, лечимо преди всичко с методите на АРТ и включително чрез ин-витро оплождане, при наличие на следните индикации:

1. Безплодие с неизяснена чрез конвенционалните диагностични методи етиология;

2. Ендометриоза, засягаща аднексите и свързана с безплодието;

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

а/ липса на маточни тръби двустранно /оперативно отстранени/,

б/ едностранна липса с контралатериална непроходимост или стеноза,

в/ двустранна непроходимост на маточните тръби /вкл.след стерилизация/,

г/ едностранна непроходимост с контралатериална стеноза,

д/ двустранна интерстициална или истмична стеноза,

е/ състояние след пластика на маточните тръби, най-малко 12 месеца след пластика, при положение, че не е настъпвала вътрематочна бременност.

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

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

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

**(2)** Със средства, предвидени с бюджета на Община Габрово, се финансират:

1. Контролирана овариална хиперстимулация /КОХС/ с един или повече от един от следните лекарствени продукти /по групи/:

а/ аналози на гонадолибералина /агонисти или антагонисти/,

б/ гонадотропни хормони /уринарни или рекомбинантни/,

в/ други /за лутеална поддръжка/ - стероиди и/или хорионгонадотропин.

2. АРТ методи /ин витро методики/:

а/ фоликулна пункция под ехографски контрол;

б/ класическо ин витро оплождане;

в/ оплождане чрез ICSI;

г/ ин витро на естествен цикъл;

д/ ин витро процедура с донорски материал;

е/ криоконсервация (замразяване) на предимплатационни ембриони;

ж/ ембриотрансфер, вкл. и на замразени ембриони;

з/ инсеминации от партньора или дарител;  
и/ ин витро матурация;  
й/ тестикларна и/или епидидимална биопсии /TeSE, PESA, MESA/, както и имунологична биопсия.

3. Контрол на стимулационния процес чрез:

- ехографски прегледи;
- хормонални изследвания.

**(3)** Със средства, предвидени с бюджета на Община Габрово, се финансират и следните изследвания и медицински услуги и манипулации:

- а/ микробиологични,
- б/ спермален анализ,
- в/ за трансмисивни инфекции,
- г/ кръвно групова принадлежност и резус фактор,
- д/ хормонални – контроли и преди КОХС,
- е/ на кръвни картини, биохимия и хемостаза преди КОХС,
- ж/ други специфични изследвания /генетични, имунологични и др./,
- з/ консултации и прегледи при специалисти по акушерство и гинекология и по специално тесни специалисти, работещи в областта на репродуктивното здраве, медицинската генетика и имунология, ендокринологи, уролози, андролози и др. под;
- и/ индукция на овулацията и/или КОХС с кломифен цитрат и др. СЕРМ,
- й/ ембриоредукция,
- к/ предимплантационна генетична диагностика или скрининг /PGD/PGS/,
- л/ овоцитна донация,
- м/ ембриодонация,
- н/ изследване за проходимост на маточните тръби – хистеросалпингография /ХСГ/,
- о/ GIFT, ZIFT и др.подобни,
- п/ имунологични вливания;
- р/ гинекологични операции – лапароскопия, лапаротомия, хистероскопия, комбинирана лапаро и хистероскопия и др. под.

**(4)** Кандидатстването за финансово подпомагане е за един опит в рамките на текущата година и не ограничава правото и възможността за кандидатстване за финансиране от център „Фонд за асистирана репродукция” /при положение, че не се финансира една и съща процедура/.

**(5)** Средствата за финансово подпомагане на семейство или двойка, живееща на семейни начала са в размер до 1000 лв. ( хиляда лева) годишно.

**(6)** /нова - Решение № 266/19.12.2013 г./ Всяка двойка има право да кандидатства за финансово подпомагане от Община Габрово три последователни години, ако не е настъпила бременност.

## **ГЛАВА ВТОРА**

### **КРИТЕРИИ ЗА ФИНАНСОВО ПОДПОМАГАНЕ НА СЕМЕЙСТВА И ЛИЦА, ЖИВЕЕЩИ НА СЕМЕЙНИ НАЧАЛА, С РЕПРОДУКТИВНИ ПРОБЛЕМИ. НЕОБХОДИМИ ДОКУМЕНТИ**

**Чл. 4.** Кандидатите, семейства и лица, живеещи на семейни начала трябва да отговарят на следните критерии за финансово подпомагане:

1. /изм. с Решение № 115/28.05.2015 г./ Да са само български граждани, притежаващи постоянен и настоящ адрес на територията на община Габрово през последните три години, като на това условие следва да отговаря поне единият от кандидатите.

2. Да нямат задължения към Община Габрово и данъчни задължения към държавата;

3. Да са семейства или лица, живеещи на семейни начала, което се удостоверява с копие от удостоверение за сключен граждански брак, а при лицата, живеещи на семейни начала с декларация (Приложение № 2 към Правилника);

4. Да е налице доказан стерилитет /независимо с женски и/или с мъжки фактор/. Удостоверяването се извършва с медицински документи: етапни епикризи, медицински картони, удостоверения от клиники с отразяване факта на лечението на пациента при тях и извършените манипулации. При нужда комисията може да изисква и допълнителни документи и данни от медицинските заведения, както и да извършва проверки и запитвания.

5. Възрастта на жените, кандидатстващи за финансиране по програмата, да съответства на наредба № 28 на Министерство на здравеопазването.

**Чл. 5.** Кандидатите за финансово подпомагане подават следните документи:

1. Заявление за подпомагане по образец (Приложение № 1);

2. Копие на лична карта на заявителката и нейния партньор, заверено от заявителя с гриф „вярно с оригинала“;

3. Декларация, удостоверяваща липсата на кръвно родство по права линия и по съребрена линия до четвърта степен между заявителката и нейния партньор (Приложение № 3) ;

4. Документи, издадени от съответния компетентен орган удостоверяващи обстоятелствата във връзка с чл. 4, т.2

5. Копие от удостоверение за сключен граждански брак, а при лицата, живеещи на семейни начала декларация (Приложение № 2 към Правилника);

6. Медицинска документация, удостоверяваща наличие на индикации и извършени процедура или изследвания, като например:

- етапни епикризи,

- документи за извършване на един или повече от следните методи: ХСГ и/или лапароскопия и/или лапаротомия, като ехографското изследване не е доказателствен метод,

- 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,

- при липса на овулация поради LUFS, документи относно поне два цикъла с ехографски разчитания и снимки,

- при липса на овулация поради LUFS, документи относно поне два цикъла с ехографски разчитания и снимки,

- при неизяснен стерилитет - данни за безплодие в период поне две години, лекувано чрез конвенционални методи, вкл. с реализирани поне два цикъла с вътрематочни инсеминации.

-остойностен лечебен план, изготвен от съветното акредитирано лечебно заведение.

7. /изм. и доп. с Решение № 266/19.12.2013 г./ Разходно-оправдателен документ (фактура) на името на заявителя издадена не по рано от една година от датата на подаденото заявление, от избраното лечебно заведение от заявителя, където е извършена процедурата. Заведението е необходимо да е получило разрешение за дейности по асистирана репродукция, съгласно чл. 131, ал. 1 от Закона за здравето и да има подписан договор за работа с Център „Фонд за асистирана репродукция“. Изключение правят оперативните намеси, за които не е

необходимо условието да бъдат извършени в гореспоменатите заведения. На фактурите представени от двойките да се вписва брой, вид на медикамента и точната манипулация.

8. Декларация – удостоверяваща, че семейната двойка или съжителстващите на семейни начала, кандидатстващи за финансово подпомагане по правилата на настоящия правилник, не са кандидатствали за финансово подпомагане от Център „Фонд за асистирана репродукция“, не са одобрени за финансово подпомагане на процедури „ин витро“ от ФАР или не кандидатстват за финансиране с общински средства за същата процедура, като тази във ФАР ( Приложение № 4);

### **ГЛАВА ТРЕТА ПРОЦЕДУРА ЗА ФИНАНСОВО ПОДПОМАГАНЕ**

**Чл. 6. (1)** Входираните заявления за финансово подпомагане по този правилник се разглеждат и одобряват от комисия, назначена със заповед на кмета на общината.

**(2)** Заявленията се разглеждат по реда на тяхното постъпване, като не се разглеждат заявления на лица, които през текущата година вече са били подпомогнати.

**(3)** /нова - Решение № 266/19.12.2013 г./ Заявленията от кандидатите се подават целогодишно.

**Чл. 7.** Комисията по този правилник осъществява следните функции в изпълнение на правомощията си :

1. Разглежда и одобрява искания за финансово подпомагане;
2. Изготвя предложение, чрез председателя на комисията до кмета за финансово подпомагане на одобрените кандидати;
3. Дава методически указания на граждани, желаещи да ползват възможността за финансово подпомагане.

**Чл. 8.** Комисията ежегодно, в срок до 1 месец след приемане на бюджета обявява реда, срока и мястото за прием на заявления.

**Чл. 9.** Председателят на комисията, обявява часа, мястото и графика на заседанията на комисията. Срокът за обявяване на първото заседание не следва да бъде по-голям от един месец от изтичане на срока за прием на документи.

**Чл. 10. (1)** Заседанията на комисията са редовни при присъствие на повече от половината от нейните членове.

**(2)** /изм. с Решение № 266/19.12.2013 г./ Заседанията на комисията са закрити.

**(3)** Решенията за одобряване на кандидатите за финансово подпомагане се вземат с обикновено мнозинство от присъстващите, при явно гласуване.

**Чл. 11. (1)** С цел подпомагане дейността на комисията, с право на съвещателен глас в заседанията ѝ могат да участват и се допускат представители на юридически лица с нестопанска цел, защитаващи правата на пациентите в областта на лечението на безплодието и репродуктивното здраве.

**(2)** По преценка и при необходимост, в работата на комисията могат да участват и вещи лица - медицински специалисти, с призната специалност „акушерство и гинекология“ и по възможност с допълнителна квалификация или опит в областта на асистираната репродукция или стерилитета. При необходимост могат да участват и се допускат и други специалисти по конкретни случаи.

**(3)** Средствата необходими за възнаграждения на лицата по ал. 2 се осигуряват от бюджета на Община Габрово.

**Чл. 12. (1)** За всеки заявител, чието заявление е включено за разглеждане в дневния ред на заседанието изготвя преписка.

(2) Преписката се изготвя и представя на комисията от неин член, определен от Председателя на комисията. Преписката следва да съдържа комплекта документи, представени от заявителя, съгласно чл.5 от Правилника.

**Чл. 13.** При непълноти или неясноти в подадените документи, комисията уведомява заявителите в тридневен срок от заседанието си, като им дава конкретен срок /не по-голям от месец/ за попълване на празнотите или корекции.

**Чл. 14.** Комисията взема решение по всяка преписка, което съдържа предложение за одобряване или не одобряване на заявителя за финансово подпомагане и размера на финансовата помощ (не повече от 1000 лв.).

**Чл. 15.** За всяко заседание се изготвя протокол, който съдържа разгледаните заявления, решението по чл.14 и резултатите от гласуването. Протоколът се подписва от присъстващите членове на комисията.

**Чл. 16.** Всеки заявител може да получи достъп до протоколите на комисията и взетите решения, относно собствената си преписка.

**Чл. 17.** В тридневен срок след изготвяне на протокола от всяко заседание, председателят на комисията прави предложение до кмета за предоставяне на финансовата помощ на одобрените заявители.

**Чл. 18.** /изм. и доп. с Решение № 266/19.12.2013 г., изм. и доп. с Решение № 272/18.12.2014 г./ (1) Финансовата помощ се изплаща на одобрените заявители чрез банков превод в левове по посочената от тях банкова сметка в едномесечен срок след одобряване протокола от кмет.

(2) На одобрените заявители не получили полагаемата сума поради изчерпване на финансовия ресурс помощта се изплаща от ресурса определен за следващата бюджетна година. Изплащането става по реда на постъпване и одобряване на документите на заявителите.

## **ГЛАВА ЧЕТВЪРТА**

### **КОНФИДЕНЦИАЛНОСТ НА ДАННИ И ИНФОРМАЦИЯ**

**Чл. 19.** Членовете на комисията, лицата по чл.11 от настоящия правилник, както и служителите на общинската администрация, нямат право да разгласяват факти и обстоятелства, които са им станали известни в хода на тяхната дейност.

Настоящият правилник е приет с Решение № 290 от 20.12.2012 г. на Общински съвет Габрово и изм. с Решение № 266/19.12.2013 г./

**ДО КМЕТА НА  
ОБЩИНА ГАБРОВО**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
по чл.5, т. 1 от  
„ПРАВИЛНИКА за финансово подпомагане на семейства и лица, живеещи на  
семеини начала с репродуктивни проблеми на територията на Община  
Габрово”

От/трите имена/.....

ЕГН.....

Лична карта №.....

Издадена от....., на .....

Постоянен адрес:.....

Настоящ адрес:.....

Адрес за кореспонденция:.....

Телефон за контакт.....

e-mail:.....

Семеино положение.....

Гражданство.....

Съпруг/патньор:

/трите имена/.....

ЕГН.....

Лична карта №.....

Издадена от....., на .....

Постоянен адрес:.....

Настоящ адрес:.....

Адрес за кореспонденция:.....

Телефон за контакт.....

e-mail:.....

Семеино положение.....

Гражданство.....

Прилагам следните документи:

1. Копие на лична карта на заявителката и нейния партньор, заверено от заявителя с гриф „вярно с оригинала”;
2. Копие от Удостоверение за граждански брак или декларация от лицата, живеещи на семеини начала ;
3. Декларация, удостоверяваща липсата на кръвно родство(Приложение 3);
4. Удостоверение за постоянен и настоящ адрес за заявителя и съпруга/партньора, издадено от Община Габрово;
5. Удостоверения за липса на задължение към Община Габрово и държавата.
6. Медицинска документация /да се опишат конкретно приложените документи, изследвания и др./
7. Копие на фактура издадена от .....
8. При одобрение средствата да ми бъдат преведени по сметка .....

Запознати сме, че за попълване на декларация с невярно съдържание носим отговорност по чл.313 от НК.

Дата.....

гр.....

Заявител .....

/ подпис /

Съпруг/партньор:.....

/ подпис /

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

**по чл.4, т. 3 от**

**„ПРАВИЛНИКА за финансово подпомагане на семейства и лица, живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми на територията на Община Габрово”**

Подписаните:

.....,ЕГН.....

и

.....,ЕГН.....

ДЕКЛАРИРАМЕ, че сме партньори и живеем на семейни начала.

Запознати сме, че за попълване на декларация с невярно съдържание носим отговорност по чл.313 от НК.

Дата.....  
гр.....

/трите имена, подпис/.....  
/трите имена, подпис/.....



**ДЕКЛАРАЦИЯ**

по чл.5, т. 3 от

**„ПРАВИЛНИКА за финансово подпомагане на семейства и лица, живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми на територията на Община Габрово”**

Подписаните:

....., ЕГН.....

и

..... ЕГН.....

ДЕКЛАРИРАМЕ, че не сме в кръвно родство по права линия и по съребрена линия до четвърта степен помежду си.

Дата.....  
гр.....

/трите имена, подпис/.....  
/трите имена, подпис/.....

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

По чл.5, т.6 от

**„ПРАВИЛНИКА за финансово подпомагане на семейства и лица, живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми на територията на община Габрово”**

Подписаните:

.....,ЕГН.....

и

.....ЕГН.....

ДЕКЛАРИРАМЕ, че към настоящия момент не сме кандидатствали за финансово подпомагане от Център „Фонд за асистирана репродукция”, не сме одобрени за финансово подпомагане на процедури „ин витро” от ФАР , не кандидатстваме за финансиране с общински средства за същата процедура, като тази във ФАР.

Запознати сме, че за попълване на декларация с невярно съдържание носим отговорност по чл.313 от НК.

Дата..... /трите имена, подпис/.....  
гр..... /трите имена, подпис/.....