**ДЕКЛАРАЦИЯ**

от………………………………………………………………………………………………….

І. Семейно положение……………………………………………………………………………

- съпруг (съпруга) ………………………………………………., ЕГН………………………..

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

…………………………………………………………………………, ЕГН…………………

…………………………………………………………………………, ЕГН………………….

…………………………………………………………………………, ЕГН………………….

II. Имам постоянен и настоящ адрес на територията на община Габрово минимум 18 месеца

……………………………..………………………………………………………………………

*(адрес)*

ІII. Доходите ми, (на семейството ми) през предходните шест месеца са:

- от заплата……………………………………………………………………………………….

- от пенсия………………………………………………………………………………………..

- от наем..…………………………………………………………………………………………

- обезщетения и помощи....……………………………………………………………………...

- стипендии……………………………………………………………………………………….

- други доходи (съгл.§ 2. на Допълнителни разпоредби на Правилата)…………………….

IV. Декларирам, че не съм получавал/а финансова помощ от Община Габрово през последните 12 месеца.

V. Декларирам, че лечението не е покрито по допълнителна здравна застраховка VІ. Декларирам, че не съм ползвал/а лечение заплатено от НЗОК

VІІ. Декларирам, съгласието си Община Габрово да извърши проверка на декларираните от мен данни

VІІІ. Декларирам съгласието си Община Габрово да съхранява и обработва личните ми данни, съгласно Закона за защита на личните данни.

IХ. Известно ми е, че за вписването на неверни данни в тази декларация освен наказателна и гражданска отговорност по чл. 313 от НК, ще бъда лишен/а от финансова помощ.

Запознат/а съм, че следва да представя разходно-оправдателни документи за ползването на предоставената помощ, в едномесечен срок след приключване на лечението, в противен случай дължа възстановяването ѝ.

**Дата:................................** Декларатор: ...............................

 *(подпис)*