

# ОБЩИНСКИ СЪВЕТ - СЕВЛИЕВО

## П РА В И Л Н И К

### ЗА ОРГАНИЗАЦИЯ НА РАБОТА НА ОБЩИНСКИ СОЛИДАРЕН ФОНД ЗА ПОДПОМАГАНЕ ЛЕЧЕНИЕТО НА ГРАЖДАНИ ОТ ОБЩИНА СЕВЛИЕВО

(Приет с Решение № ...../.....2024 г. на ОбС – Севлиево)

#### І. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

**Чл. 1.** С този правилник се урежда дейността на Общински солидарен фонд за подпомагане лечението на граждани от община Севлиево (Фонд за лечение), органите за управление, условията и реда за кандидатстване, източниците на финансиране и начина на разпределяне на средствата.

**Чл. 2.** Фондът за лечение подпомага с финансова помощ граждани, с настоящ адрес на територията на община Севлиево, минимум 3 (три) години, преди датата на кандидатстване, които не могат сами или с помощта на задължените по закон да се грижат за тях лица, да осигурят необходимите им средства за провеждане на скъпоструващо лечение, което не се заплаща от НЗОК или от друг източник.

#### ІІ. ОРГАНИ

**Чл. 3.** (1) Дейността на Фонда за лечение се извършва от петчленна комисия, в състава на която могат да участват: общински съветници, служители от общинска администрация, представители на неправителствени организации, медици или други лица, избрани от Общински съвет – Севлиево.

(2) С цел подпомагане дейността на комисията по конкретен случай, с право на съвещателен глас в заседанията ѝ могат да участват други експерти и специалисти, лекари, представители на НЗОК, представители на неправителствени организации, граждани.

(3) Комисията се избира от Общинския съвет за срока на мандата на органите на местното самоуправление.

**Чл. 4.** Административната дейност на комисията се осигурява от служител на общинската администрация, който участва в състава на комисията, като секретар с право на глас.

**Чл. 5.** Комисията по чл. 3:

1. Разглежда заявления и взема решения за отпускане на финансови средства от фонда или прави отказ при неотговарящи на изискванията заявители.

2. Дава методически указания относно условията за отпускане на финансовите средства от Общинския солидарен фонд за подпомагане лечението на граждани от община Севлиево и допустимите разходи.

3. Осъществява контрол за спазване изискванията и условията, регламентирани в настоящия правилник при кандидатстване за отпускане на финансова помощ.

4. Прави предложение до кмета на община Севлиево за отпускане на средства, одобрени с решение на комисията.

5. Ежегодно представя доклад с финансов отчет за дейността на Фонда пред Общински съвет – Севлиево.

### III. ФИНАНСИРАНЕ И РАЗХОДВАНЕ НА СРЕДСТВА

**Чл. 6.** Средствата в Общинския солидарен фонд за подпомагане лечението на граждани от община Севлиево се осигуряват от:

1. Бюджета на Община Севлиево, всяка календарна година, в размер определен от Общинския съвет;
2. Дарения;
3. Благотворителни кампании.

**Чл. 7.** (1) Максималният размер на финансовите средства за лечение, отпуснати по реда на този правилник, са в размер до 60 % от направените допустими разходи, но не повече от 1500 лв. (хиляда и петстотин лева) за възрастни, 2000 лв. (две хиляди лева) за деца.

(2) Съобразно спецификата и степента на заболяването и заплатените разходи, комисията може да определи различен от посоченият в ал. 1 процент на възстановяване.

**Чл. 8.** Средствата от Общинския солидарен фонд за подпомагане лечението на граждани от община Севлиево се отпускат с решение на комисията.

**Чл. 9.** Решенията се изпълняват от кмета на община Севлиево, въз основа на направеното предложение от комисията и взетите решения. Изплащането на средствата се разрешава със заповед на кмета на общината.

**Чл. 10.** Отпуснатата сума се изплаща на правоимащото лице или на негов законен представител по предоставена на тяхно име банкова сметка.

### IV. УСЛОВИЯ ЗА ФИНАНСОВО ПОДПОМАГАНЕ

**Чл. 11.** (1) За да ползват финансова помощ от Фонда заявителят или неговите законни представители (в случаите на отпускане на финансова помощ на дете) трябва да отговарят на следните условия:

1. Да имат настоящ адрес на територията на община Севлиево минимум 3 (три) години преди датата на кандидатстване.
2. Доходът на член от семейството да не надвишава размера на минималната работна заплата за страната.
3. Да нямат данъчни задължения към Община Севлиево към момента на заявяване на финансова помощ.

**Чл. 12.** Не се отпуска финансова помощ от фонда на заявители, които:

1. През последните 12 месеца са подпомагани с финансова помощ:
  - а) по реда на чл. 16 от ППЗСП от Дирекция „Социално подпомагане“;
  - б) по решение на Общински съвет – Севлиево;
  - в) по решение на Общински солидарен фонд за подпомагане лечението на граждани от община Севлиево.
2. Съжителстват с лице/а, което/които по закон е/са длъжни да им осигурят необходимата подкрепа/издръжка и е/са в състояние да го направи/ят;
3. Разполагат с повече от една основна недвижима собственост и/или автомобил;
4. Имат договор за предоставяне на собственост срещу задължение за издръжка и гледане.

**Чл. 13.** (1) Разходът, за който се кандидатства, представлява разход за медицинско изделие или консуматив, който се използва при провеждането на лечението и който не се заплаща от НЗОК.

(2) Не се отпускат средства за покриване на разходи, които представляват избор на медицински екип, медицинска услуга или болничен престой, или които се финансират от НЗОК, или други източници.

## **V. РЕД ЗА КАНДИДАТСТВАНЕ И НЕОБХОДИМИ ДОКУМЕНТИ**

**Чл. 14.** (1) Кандидатите за получаване на средства от Общинския солидарен фонд за подпомагане лечението на граждани в община Севлиево подават в деловодството на Общинска администрация – Севлиево заявление-декларация за отпускане на финансова помощ за лечение по образец (*Приложение 1*).

(2) Към заявлението-декларация се представят следните документи:

1. Медицинска документация, доказваща необходимостта от провеждане на лечение или удостоверяваща проведеното лечение и извършените интервенции, използвани и/или вложени медицински изделия или консумативи (епикриза, оперативен протокол, история на заболяването, или друг еквивалентен документ) – копие;

2. Оферта от лечебно заведение за стойността на разходите за предстоящо лечение, удостоверение с медицински документ/и, за което лицето не разполага с необходимите средства към момента на кандидатстване – копие;

3. Служебна бележка от работодател за brutния доход за 6 месеца на заявителя, на членовете на неговото семейство и на съжителстващите лица, които по закон са задължени да осигурят необходимата подкрепа и издръжка или копие от последната декларация по ЗДДФЛ.

(3) След преценка, комисията може да изиска и допълнителни документи и информация от кандидата или медицинските заведения, както и да извърши проверки и запитвания.

(4) Декларираната от кандидата информация се проверява от комисията по служебен път.

## **VI. РЕД ЗА РАЗГЛЕЖДАНЕ НА ЗАЯВЛЕНИЯ-ДЕКЛАРАЦИИ И ВЗЕМАНЕ НА РЕШЕНИЯ**

**Чл. 15.** Постъпилите заявления-декларация за подпомагане от Фонда се разглеждат от комисията ежемесечно.

**Чл. 16.** (1) За всяко заявление-декларация се извършва проучване на декларираната информация от секретаря на комисията, въз основа на информационните регистри, с които разполага администрацията.

(2) След приключване на проучването, секретарят на комисията изготвя доклад до председателя с описание на декларираната информация и съответствието ѝ с условията на Правилника.

**Чл. 17.** Председателят на комисията определя дневния ред за провеждане на заседанията на комисията за разглеждане на заявления, подадени по реда на този Правилник.

**Чл. 18.** (1) Комисията се произнася с решение за отлагане, отказ за отпускане или отпускане на средства по всяка преписка, което съдържа:

1. Дата на постановяване.  
2. Имената на членовете на комисията, присъствали при постановяване на решението.

3. Трите имена на лицето заявител, неговия адрес, ЕГН и входящия номер на заявлението му.

4. Размера на отпуснатите средства, като конкретно се описва за какво да бъде използвана сумата или какви разходи за лечение се възстановяват.

5. Мотиви за решението.

(2) Комисията отлага за разглеждане в следващо заседание заявление, подадено непълно или неясно, както и тези, към които не са приложени достатъчно документи за вземане на решение. В този случай комисията уведомява кандидатите в седемдневен

срок от заседанието си, за нередовното/непълното заявление, като посочва кои нередности следва да се отстранят. Комисията определя на заявителя срок за отстраняване на нередностите, не по-дълъг от един месец, считано от получаване на съобщението по тази алинея.

(3) Ако в срока по ал. 2 нередностите не бъдат отстранени, преписката се прекратява.

**Чл. 19.** (1) Заседанията на комисията са редовни при присъствие на повече от половината от нейните членове.

(2) От заседанията на комисията се изготвя протокол, който съдържа разгледаните заявления, взетите решения и резултатите от гласуването. Протоколът се подписва от присъстващите членове на комисията.

**Чл. 20.** Решенията се вземат с обикновено мнозинство от присъстващите при явно гласуване.

**Чл. 21.** В тридневен срок от проведеното заседание, комисията изготвя предложение до кмета на общината за отпускане на финансова помощ на одобрените лица, придружено с решението/та на комисията.

**Чл. 22.** Препис от всяко решение на комисията се подписва от председателя на комисията и се изпраща на съответния кандидат-заявител в седемдневен срок от издаване на заповедта на кмета за отпускане на финансовата помощ.

## **VII. КОНФИДЕНЦИАЛНОСТ НА ДАННИ И ИНФОРМАЦИЯ**

**Чл. 23.** (1) Членовете на комисията и лицата по чл. 3, ал. 2, както и служителите на общинската администрация, са длъжни да пазят в тайна факти и обстоятелства, които са им станали известни в хода на тяхната дейност.

(2) Преписките по заявленията се съхраняват при секретаря на комисията. Достъп до тях имат само членовете на комисията, заявителите или техни законни представители и наследници, като могат да бъдат представяни при поискване по законоустановения начин.

## **ПРЕХОДНИ И ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ**

**§ 1.** Този правилник влиза в сила от деня на публикуването му.



## ОБЩИНА СЕВЛИЕВО

Приложение №1  
към чл. 14, ал. 1

### ЗАЯВЛЕНИЕ-ДЕКЛАРАЦИЯ

ОТ.....ЕГН.....

(трите имена):

Л.К. №....., изд. на.....ОТ.....

настоящ адрес: гр./с....., ул./ж.к. „.....”

№....., бл. ...., вх. ...., ет. ...., ап. ...., тел.: ...

ЧРЕЗ: (пълномощник, родител/законен представител)

.....ЕГН.....

(трите имена):

Л.К. №....., изд. на.....ОТ.....

настоящ адрес: гр/с....., ул./ж.к. „.....”

№....., бл. ...., вх. ...., ет. ...., ап. ...., тел.: ...

### УВАЖАЕМИ Г-Н ПРЕДСЕДАТЕЛ,

#### 1. Заявявам отпускане на финансова помощ за:

☐ Частично възстановяване на извършени разходи за скъпоструващо лечение;

☐ Предстоящо скъпоструващо лечение.

#### 2. Мотиви за исканата помощ:

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

### ДЕКЛАРИРАМ:

#### I. Семейно положение: .....

##### 1. Съпруг/а/лице, съжителстващо на семейни начала:

Три имена: .....ЕГН.....

##### 2. Дете/ца до 18-годишна възраст (учащ/и, до придобиване на средно или професионално образование, но не повече от 20-годишна възраст):

• .....ЕГН.....

• .....ЕГН.....

• .....ЕГН.....

## II. Съжителстващи лица:

Три имена	ЕГН	Родствена или друга връзка с декларатора

## III. Лица, задължени по закон да осигурят издръжка и/или полагат грижа (на/за декларатора):

Три имена	ЕГН	Родствена или друга връзка с декларатора	Настоящ адрес (населено място и адрес)	Здравословно състояние и социален статус
				<input type="checkbox"/> здрав <input type="checkbox"/> с ТЕЛК/НЕЛК/ЛКК <input type="checkbox"/> безработен <input type="checkbox"/> работещ <input type="checkbox"/> осигурен <input type="checkbox"/> пенсионер <input type="checkbox"/> учащ <input type="checkbox"/> друго: .....
				<input type="checkbox"/> здрав <input type="checkbox"/> с ТЕЛК/НЕЛК/ЛКК <input type="checkbox"/> безработен <input type="checkbox"/> работещ <input type="checkbox"/> осигурен <input type="checkbox"/> пенсионер <input type="checkbox"/> учащ <input type="checkbox"/> друго: .....
				<input type="checkbox"/> здрав <input type="checkbox"/> с ТЕЛК/НЕЛК/ЛКК <input type="checkbox"/> безработен <input type="checkbox"/> работещ <input type="checkbox"/> осигурен <input type="checkbox"/> пенсионер <input type="checkbox"/> учащ <input type="checkbox"/> друго: .....

## IV. Обитавано жилище

1. Адрес:

.....

2. Собственост: ☐ собствено ☐ държавно (ведомствено) ☐ съсобствено  
(ползвател) ☐ общинско ☐ наето, размер на наема: ..... лв. ☐ не притежавам

3. То е единствено за моето семейство: ☐ Да ☐ Не

**V. Аз и семейството ми притежаваме следната движима и недвижима собственост:**

1. Жилищен имот: ☐ не ☐ да: ..... бр. и вид (описание): .....
2. Вилен имот: ☐ не ☐ да: ..... бр. и вид (описание) : .....
3. Движима собственост: ☐ не ☐ да: ..... бр. и вид (описание) : .....
4. Друго: ☐ да: ..... бр. и вид (описание) : .....

**VI. Сключен договор за предоставяне на собственост срещу задължение за издръжка и гледане:**

- ☐ Да, описание: .....
- ☐ Не

**VII. Регистрация като юридическо/физическо лице, извършващо търговска дейност, собственик на капитала на търговско дружество:**

- ☐ Да, описание: .....
- ☐ Не

**VIII. Сключена застраховка:**

1. Застраховател: .....
2. Покрит застрахователен риск за: ..... на стойност ..... лв.

**IX. Доходите на семейството ми за предходните 6 месеца преди искането за финансова помощ за лечение са:**

Вид на дохода	Заявител (в лв.)	Съпруг/а/лице, съжителстващо на семейни начала (в лв.)	Друг член на семейството (в лв.)	Друг член на семейството (в лв.)	Общо за семейството
Трудово възнаграждение					
Пенсия					
Месечна помощ (добавка)					
Влогове					
Други доходи от управление и контрол, продажби на собственост и акции, разпределяне на дивиденди и дялови участия, др.					

**Х. Получени финансови помощи през последните 12 месеца:**

1. Получена еднократна помощ от Дирекция „Социално подпомагане“, на основание чл.16 от ППЗСП:

☐ ДА, дата на получаване и стойност: .....

☐ НЕ

2. Получена еднократна помощ по Решение на Общински съвет Севлиево:

☐ ДА, дата на получаване и стойност: .....

☐ НЕ

3. Получена финансова помощ за лечение от Общински солидарен фонд за подпомагане лечението на граждани от Община Севлиево:

☐ ДА, дата на получаване и стойност: .....

☐ НЕ

**XI. Към настоящото заявление-декларация прилагам следните документи:**

1. Медицинска документация свързана с искането за финансова помощ за лечение

• .....

• .....

2. Документация, удостоверяваща извършеният/те разход/и

• .....

• .....

3. Други

• .....

4. Документ за самоличност /за справка/.

**Известно ми е, че за декларираните от мен неверни данни нося отговорност по чл. 313 от НК.**

**Предоставените от Вас лични данни се събират и обработват за нуждите на административната услуга, поискана от Вас.**

**Непредоставянето на личните Ви данни за целите на настоящата административна услуга, може да доведе до прекратяване на производството.**

Дата: .....

Декларатор: .....