

ДО  
БЛАГОТВОРИТЕЛНАТА ИНИЦИАТИВА  
„БЪЛГАРСКАТА КОЛЕДА”  
бул. Дондуков № 2  
София 1123

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

за кандидатстване за финансово подпомагане със средства от благотворителната инициатива на Президента на Република България „Българската Коледа”

**1. Заявител (родител/ настойник/ попечител):**

.....  
(трите имена по л.к.)

.....  
(ЕГН)

.....  
(л.к. №, дата, орган и място на издаване)

.....  
(адрес, телефон, факс, електронен адрес за връзка)

**2. Данни на детето, за което кандидатствате:**

Име:.....

ЕГН:.....

Диагноза/Диагнози:.....

.....  
(ако кандидатствате за повече от едно дете, моля да подадете отделно заявление за всяко от децата)

**3. Получавали ли сте финансова подкрепа от „Българската Коледа” в предходни години? Ако да, моля посочете през кои години, за какво и в какъв размер.**

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

**4. Подпомагането е необходимо за:**

.....  
.....

**5. Необходимата сума (в лева) за осъществяване на лечението/ рехабилитацията е:**

.....  
.....

**6. Моля, приложете към заявлението си:**

- a. Актуална епикриза на детето от последните 6 месеца и данни за контакт с медицинските лица, които са я изготвили, съдържаща препоръки и назначения за лечението/ рехабилитацията, за които кандидатствате;
- b. При кандидатстване за подпомагане на лечение, което не е вписано в епикризата – да бъде приложено задължително писмено становище на лекуващ лекар на детето за необходимостта от конкретното лечение. Данни за контакт с лекуващия лекар, изготвил становището – имена, специалност, болнично заведение, телефон;
- c. Документ за стойност на лечението – служебна бележка, оферта, проформа фактура или други документи в оригинал от аптека/ клиника/ доставчик на медицински изделия/ помощни средства. Документът трябва да е изготвен поименно за детето.

**МОЛЯ, ПОПЪЛНЕТЕ ОСТАНАЛАТА ЧАСТ ОТ НАСТОЯЩОТО ЗАЯВЛЕНИЕ САМО АКО ТЪРСИТЕ ФИНАНСОВО ПОДПОМАГАНЕ ЗА ОСЪЩЕСТВЯВАНЕ НА РЕХАБИЛИТАЦИОННИ ПРОЦЕДУРИ**

**7. Моля, в свободен текст отговорете на следните въпроси:**

- a. Към датата на подаване на това заявление, използвали ли сте предоставяните от Националната Здравноосигурителна Каса (НЗОК) възможности за финансиране на рехабилитационни процедури (вкл. по Клинична пътека)?  
 Да     Не
- b. Ако да, колко рехабилитационни курса сте направили по полагащата се клинична пътека и къде? Ако не – защо не ползвате полагащата се клинична пътека?

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

c. Съществува ли рехабилитационен център в населеното място, в което живеете?

Да       Не

d. Ако да, ползвате ли неговите услуги?

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

e. Какъв е редът за прием в посочения от Вас рехабилитационен център – по Клинична пътека, свободен прием и т.н.

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

**8. Моля, ако кандидатствате за финансово подпомагане за рехабилитационни процедури, и не сте в състояние да ги проведете в рехабилитационен център, отговорете на следните въпроси:**

a. Поради кои причини детето не може да посещава рехабилитационен център?

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

b. Къде и от кого ще бъдат проведени процедурите?

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

c. За терапии, провеждани от частни рехабилитатори, за случаите, когато е невъзможно детето да посещава център, моля приложете към заявлението си декларация от рехабилитатора, че ще издаде финансово-отчетен документ, и копие от удостоверения/диплома за правоспособност.

d. Към заявлението за подпомагане следва да бъде приложен медицински документ от лекуващ лекар, отразяващ здравословното състояние на детето преди и след осъществения курс на рехабилитация.

**Моля, попълнете останалата част от настоящото заявление само ако търсите финансово подпомагане за осъществяване на лечение в чужбина**

**9. Моля, в свободен текст обяснете причина, поради която търсите лечение в чужбина:**

.....

.....

.....

**10. Моля, ако кандидатствате за финансово подпомагане за осъществяване на лечение в чужбина, приложете:**

- a. копие от отговора на Център „Фонд за лечение на деца” на вашата молба за подпомагане;
- b. копие от отговора на НЗОК на вашата молба за издаване на Формуляр за планирано лечение в ЕС (S2);
- c. становище на лекуващ лекар за необходимостта от лечение в чужбина.

Дата: .....

Подпис: .....