

ДО
ДИРЕКТОРА НА ДИРЕКЦИЯ
"СОЦИАЛНО ПОДПОМАГАНЕ"
ГР.

ЗАЯВЛЕНИЕ-ДЕКЛАРАЦИЯ

От ЕГН/ЕНЧ.....
(име, презиме, фамилия)

Постоянен адрес: гр. (с.), област,
община, ж.к./кв.,
ул. № бл., вх., ет., ап., тел.

Настоящ адрес: гр. (с.), област,
община, ж.к./кв.,
ул. № бл., вх., ет., ап., тел.

Моля, да ми бъдат отпуснати средства за заплащане стойността на
оказаната ми болнична медицинска помощ за диагностика и лечение в
.....
/ наименование на лечебното заведение /

ДЕКЛАРИРАМ:

1. Не съм здравно осигурен при условията и по реда на Закона за здравното осигуряване.
2. Нямам доходи.
3. Нямам вземания, влогове, дялови участия и ценни книжа, чиято обща стойност да надхвърля 500 лв.
4. Не притежавам движима и недвижима собственост, която може да бъде източник на доходи, с изключение на вещите за обичайно потребление.
5. Не съм сключвал договор за предоставяне на собственост срещу задължение за издръжка и/или гледане.
6. Не съм прехвърлял жилищен или вилен имот и/или идеални части от тях срещу заплащане през последната една година.
7. Не съм прехвърлял чрез договор за дарение собствеността върху жилищен или вилен имот и/или идеални части от тях през последната една година.

Давам съгласието си дирекция "Социално подпомагане" да извърши служебна проверка в Национална база данни "Население", ЕСГРАОН, териториалните структури на Националната агенция за приходите, Агенцията по вписванията, Агенцията по заетостта, Националния осигурителен институт и в други държавни и общински органи, както и от физически и юридически лица.

Известна ми е наказателната отговорност, която нося за деклариранни неверни данни по реда на чл. 313 от Наказателния кодекс.

Известно ми е, че недобросъвестно получени средства за диагностика и лечение подлежат на връщане с лихвата, определена за държавните вземания.

Дата:

ДЕКЛАРАТОР: