

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният заявител ЕГН/ЛНЧ

.....
(име, презиме, фамилия)

ДЕКЛАРИРАМ, ЧЕ:

Към момента на подаване на заявлението:

не се ползвам/ пациентът не се ползва

на отделно основание от финансовите механизми на задължителното здравно осигуряване, правилата за координация на системите за социална сигурност, държавния и общинските бюджети, национални и регионални програми, международни договори и други механизми за осигуряване на услуги, идентични с посочените в заявлението.

Ще участвам в заплащането на услугите със собствени средства в следния размер:

.....
 Ще съдействам на НЗОК и на лечебното заведение в страната/чужбина за изразяване на необходимите информирани съгласия относно услугите.

Ще придружавам при пътуването и за целия период на престой в чужбина (в случай, че е приложимо):

лично пациента

пациентът ще бъде придружаван от ЕГН/ЛНЧ .

с ЛК № , изд. на дата: . . От МВР

.....
(име, презиме, фамилия)

в качеството му на.....

Родител Настойник Попечител Лице, предоставящо
заместваща грижа:

Роднина

Близък

Приеман родител

Със съгласие на дирекция „Социално подпомагане“/Директор на дирекция „Социално подпомагане“ на малолетен пациент/пациент под настойничество или на непълнолетен пациент, който е във физическа или ментална невъзможност да подпише заявлението.

при пътуването му и за целия период на престой в чужбина.

Необходимите съгласия от законен представител за пътуване на детето в чужбина в съответствие със Закона за българските лични документи са изразени/ще бъдат изразени

“

.....
Придружителят на детето

.....
се ползва

със здравноосигурителни права или

има медицинска застраховка, които покриват целия период на пребиваването му извън страната.

Придружителят на детето

.....
и детето имат валидни документи за пътуване извън страната за целия период на пребиваването извън нея. За пациента

.....
(име, презиме, фамилия)

не е отпусната еднократна социална помощ за задоволяване на инцидентно възникнала здравна потребност и еднократна помощ за покриване на разходите за лични нужди на пациент и неговите придружители, стойността на която да е достатъчна за покриване на нуждите.

Съгласен съм моите и/или личните данни на пациента да бъдат предоставяни от НЗОК на лечебни заведения в страната и в други държави за нуждите на здравето на пациента. Известна ми е наказателната отговорност по чл. 313, ал. 3 от Наказателния кодекс.

Заявител:
(име, презиме, фамилия)

Дата: . .

Подпис: