

ДО  
ДИРЕКТОРА  
НА ДИРЕКЦИЯ “СОЦИАЛНО  
ПОДПОМАГАНЕ”  
ГРАД.....

## МОЛБА–ДЕКЛАРАЦИЯ

### ЗА ПОЛУЧАВАНЕ НА ЕДНОКРАТНА ПОМОЩ ПРИ БРЕМЕННОСТ

От ....., ЕГН .....,  
(Име, презиме, фамилия)  
Постоянен адрес: гр. (с.) ....., община ....., обл. ....,  
ж. к. ...., бул./ул. .... № .....,  
бл. ...., вх. ...., ет. ...., ап. ...., тел: .....  
Лична карта №....., издадена на ....., от МВР гр. ....  
Гражданство: .....  
Осигурен .....ДА/НЕ  
Пенсионер .....ДА/НЕ  
Самоосигуряващ се .....ДА/НЕ  
Неосигурен .....ДА/НЕ  
Учаш се редовна форма на обучение.....ДА/НЕ  
- във ВУЗ.....ДА/НЕ  
- в колеж .....ДА/НЕ  
- в средно учебно заведение.....ДА/НЕ

### ДЕКЛАРИРАМ:

1. Семейно положение: .....  
2. Съпруг: ....., ЕГН .....,  
(Име, презиме, фамилия)  
Постоянен адрес: гр. (с.) ....., община ....., обл. ....,  
ж. к. ...., бул./ул. .... № .....,  
бл. ...., вх. ...., ет. ...., ап. ...., тел: .....  
Лична карта №....., издадена на ....., от МВР гр. ....  
Гражданство: .....  
Осигурен .....ДА/НЕ  
Пенсионер .....ДА/НЕ  
Самоосигуряващ се .....ДА/НЕ  
Неосигурен .....ДА/НЕ  
Учаш се редовна форма на обучение.....ДА/НЕ

3. Деца (родени, припознати, осиновени, доведени, заварени, настанени по реда на чл.26 от Закона за закрила на детето):

№	Име, презиме, фамилия	ЕГН	Удостоверение за раждане №/дата	Гражданство
1.				
2.				
3.				
4.				

5.				
6.				

4. Не съм осигурена за общо заболяване и майчинство и не получавам обезщетение за бременност и раждане и отглеждане на малко дете по реда на Кодекса за социално осигуряване /КСО/.

5. Осигурена съм по реда на КСО за общо заболяване и майчинство, но не получавам обезщетение за бременност и раждане, поради това, че нямам необходимия осигурителен стаж по чл. 48а от КСО;

6. Брутният доход на семейството ми за предходните дванадесет месеца е:

Месец, година	Брутен доход ( цифром )	Брутен доход ( словом )
<b>Общо</b>		
<b>Средномесечно</b>		

В това число доходи от:

**I.** Брутни доходи на семейството, облагаеми по

Закона за данъците върху доходите на физическите лица .....ЛВ.;

**II.** Пенсии, без добавката за чужда помощ на инвалидите по чл. 103 от

Кодекса за социално осигуряване .....ЛВ.;

**III.** Обезщетения:

1. обезщетения за временна неработоспособност и трудоустрояване .....ЛВ.;

2. обезщетения за майчинство .....ЛВ.;

3. обезщетения за безработица .....ЛВ.;

**IV.** Помощи /с изключение на помощите и добавките, получени по Закона за семейни помощи за деца/

.....ЛВ.;

**V.** Стипендии /с изключение на стипендиите на учащите се до завършване на средно образование, но не повече от 20-годишна възраст/

.....ЛВ.;

**7. Известно ми е, че за неверни данни, посочени в молба-декларацията, нося наказателна отговорност по чл. 313 от Наказателния кодекс.**

**Прилагам следните документи:**

1. Удостоверение за брутните месечни доходи на семейството за последните 12 календарни месеца, предхождащи периода от 45 дни преди определения термин на раждане, за лицата, работещи по трудови или по служебни правоотношения;

2. Удостоверение от осигурителя или от Териториалното поделение на НОИ по регистрация на самоосигуряващия се, че бременната жена няма право на обезщетение за бременност и раждане по реда на чл. 48а от КСО; придобития осигурителен стаж; датата на придобиване на осигурителното право по чл. 48а от Кодекса за социално осигуряване (за случаите по чл. 5а, ал. 2 от ЗСПД).

3. Заверено от осигурителя копие на болничен лист за временна неработоспособност, поради бременност и раждане за срок от 45 дни ( за осигурените жени).

4. Медицинско удостоверение за термина на раждане (за неосигурените жени);

5. Лична карта (за справка);

6. ....  
7. ....

**Желая сумата да ми бъде преведена по банков път ..... ДА/НЕ.**

**IBAN**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Банка .....**;

**Банков клон.....**;

Дата .....200.. г.

Гр. ....

Декларатор: 1. ....

2. ....

Длъжностно лице, приело молба-декларацията:.....  
/ име, подпис/

Дата .....200.. г.

Гр. ....

#### **ПОПЪЛВА СЕ ОТ ДЛЪЖНОСТНО ЛИЦЕ:**

Г-жа/г-ца ..... има/няма право на еднократна помощ при бременност за периода от ..... 200... г. до ..... 200... г. (..... дни) в размер на .....лв. на основание чл. 5а, ал..... от Закона за семейни помощи за деца.

Мотиви при отказ:.....  
.....  
.....

Дата .....200.. г.

Гр. ....

Име, длъжност: .....

Подпис:.....

#### **Указания за попълване и подаване на молба-декларация**

Молба-декларацията се попълва лично от бременната жена, отговаряща на условията на Закона и се подава по постоянен адрес пред съответната дирекция "Социално подпомагане".

Към молба-декларацията следва да се прилагат и документите, посочени в образеца.