**Приложение № 4**

към чл. 19, ал. 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
|  | ДО |
|  | ДИРЕКТОРА НА ДИРЕКЦИЯ |
|  | „СОЦИАЛНО ПОДПОМАГАНЕ“ –  |
|  | .......................................................... |
| З А Я В Л Е Н И Е - Д Е К Л А Р А Ц И Я |
| за **отпускане** на дентална помощ |
| от................................................................................................ ЕГН ............................................... *(име, презиме, фамилия)* |
| Постоянен адрес в гр./с. ................................., ПК ........................, община ................................,  |
| Област ...................................., ж.к./кв. ..........................................................................................., |
| ул./бул. ........................................................................ № .............., бл. ....., вх. ................., ет. ..........., ап. ........, |

|  |
| --- |
| Данни на упълномощеното лице:............................................................................................................................................................ *(трите имена и номер и дата на пълномощно)* |

|  |
| --- |
| Моля да ми бъде изплатена стойността на предоставената ми дентална помощ, както следва: |
| Желая сумата да ми бъде изплатена чрез пощенски клон ДА/НЕ. |
| Желая сумата да ми бъде преведена по банков път ДА/НЕ. |
| IBAN  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Банка .......................................................................................................................................................; |
| Банков клон.............................................................................................................................................. |
| Декларирам, че в срок два месеца от получаването на помощта ще представя в дирекция „Социално подпомагане“ по постоянния си адрес разходооправдателни документи (фактура/и и касов/и бон/ове). |
| Прилагам следните документи: |
| 1. бланка „медицинско направление/искане за:“ съгласно приложение № 3; |
| 2. копие от удостоверение за ветеран от войните;  |
| 3. лична карта/личен паспорт (за справка); |
| 4. копие от нотариално заверено пълномощно в случаите, когато заявлението се подава от името на упълномощено от ветерана от войните лице. |
| Дата: ....................................  | Заявител: ............................. |
| гр./с. ...................................  |  (подпис) |
| Длъжностно лице, приело заявление-декларацията: |  |
| …………………………………............………………..…... | ………………………………………… |
|  |  (име, подпис) |
| Дата ……………20 ... г. |  |
| гр. …………………… |  |

 |

 **Приложение № 5**

към чл. 19, ал. 3

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| ДИРЕКЦИЯ „СОЦИАЛНО ПОДПОМАГАНЕ“ – ......................................... |
| ЗАПОВЕД № ......................... |
| Дата: ................ 20....... г. |
| На основание чл. .................................... от Наредба № 3 от 2012 г. за реда за предписване, отпускане и контрол на лекарствени продукти и дентална помощ на ветераните от войните  |
| ОТПУСКАМ/ОТКАЗВАМ |
| На .................................................................................................. ЕГН ..........................................., |
| еднократна целева дентална помощ в размер на ..................................................................... лв.,  |
| словом ............................................................................................................................................... |
| Мотиви за отказ:  |
| ............................................................................................................................................................ |
| ............................................................................................................................................................ |
| Сумата да се изплати чрез пощенски клон ..................................................................................... |
| или по следната банкова сметка: |
| IBAN  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Банка ................................................................................................................................................. |
| Банков клон ...................................................................................................................................... |
| Заповедта може да се обжалва в 14-дневен срок пред директора на Регионалната дирекция за социално подпомагане – ...................................................., по реда на Административнопроцесуалния кодекс. |
| Дата: .....................................  | ДИРЕКТОР: .......................... |
| гр./с. ...................................... |  |
| Получих заповедта на .......................... 20 .... г.  | Подпис: ............................ |

 |