**РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ**

**НАЦИОНАЛЕН ОСИГУРИТЕЛЕН ИНСТИТУТ**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ТЕРИТОРИАЛНО ПОДЕЛЕНИЕ гр.** ....................................

пк…..…, ул. …..….………. № …, тел.: ……...…, факс: ……...……, е-mail…..……..@nssi.bg

ЕИК, БУЛСТАТ …………………, Идентификационен номер по ДДС (VAT) BG ........................

**У Д О С Т О В Е Р Е Н И Е**

**№………………/…………………20…. г.**

|  |
| --- |
| **1.** На \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ЕГН  (име, презиме, фамилия)  **2.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (постоянен адрес) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** Осигурен в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (предприятие, учреждение, организация, фирма)  **2**. Адрес :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **3.** ЕИК/код по БУЛСТАТ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  4. Осигурен за: общо заболяване и майчинство трудова злополука  и професионална болест  **5**. Право на парична помощ за профилактика и рехабилитация от фонд :   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | | “Общо заболяване и майчинство” | | | “Пенсии” | | | “Пенсии, несвързани с трудова дейност” | | | “Пенсии за  лицата по  чл. 69” | | | |  | “Трудова злополука и професионална болест” | | | | | | | | | | |  | по чл.55, ал.1 от КСО | | | | по чл.55, ал.2 от КСО | | | по чл.56 от КСО | | |   **6.** Документи :   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | № \_\_\_\_\_\_\_\_ от дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   № на решението на ТЕЛК/НЕЛК срок на инвалидността до Разпореждане за трудова злополука  и дата на издаване дата  **7.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дни от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_\_\_  (юридическо лице - изпълнител на дейността по профилактика и рехабилитация) (дата) (дата)  **8.** Материално отговорно лице на ТП на НОИ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (име, презиме и фамилия)  **9.** Лицето се задължава да спазва посочения в т. 7 срок за рехабилитация, както и да ползва и трите компонента на паричната помощ – медицински процедури, нощувки и частична парична помощ за хранене. При неспазване на тези изисквания, направените разходи са за сметка на лицето.  Подпис на лицето: ……………………. |

Отговорно длъжностно лице, издало удостоверението : ………………………………………………….…

(име, презиме, фамилия)

Подпис: …………………

(печат)

**Забележка:**  В полетата, означени с се посочва избраният отговор със знак “Х”.