

## Приложение 1 – Заявление за възстановяване на разходи

### Указание за служителите на спешна помощ:

Лекували сте пациент без здравно осигуряване, като по този начин сте осигурили помощ, която би трябвало да бъде предоставена от институцията за социално подпомагане, но не би могла да бъде предоставена от последната, поради липса на познания за спешната ситуация. Като служител на спешна помощ, сега кандидатствате към отговорната институция за социално подпомагане за възстановяване на разходите за лечение. Предпоставка за това искане за възстановяване е, че отговорната институция за социално подпомагане би предоставила обезщетения според Кодекса за социално осигуряване XII, ако е била своевременно известена. Следователно пациентът, когото сте лекувал, трябва да е имал право на предоставеното обезщетение. Вие трябва да докажете това. Приложеният въпросник, който събира същата информация, която институцията за социално подпомагане би поискала при предварителен разговор с пациента преди лечението, е разработен за да Ви улесни при доказването на задължението за обезщетение. Молим Ви да попълните този въпросник, като това е във Ваш интерес, с изричното съгласие на пациента и да предоставите заедно с доказателствените документи заявлението си за възстановяване на разходите съгласно раздел 25 от Кодекса за социално осигуряване XII и раздел 6а от Закона за лицата, кандидатстващи за убежище.

### Указание за пациенти:

Получили сте медицинско лечение в болница, а нямате здравно осигуряване. Следователно Вие сами трябва да поемете разходите за лечението си. В изключителни случаи обаче разходите за лечение могат да бъдат възстановени на болницата от отговорната институция за социално подпомагане, ако имате право на социално подпомагане или обезщетения съгласно Закона за обезщетения за търсеци убежище. За да можем да проверим това, Ви молим спешно да попълните и подпишете приложения въпросник. След това, болницата, която Ви е лекувала без здравно осигуряване, ще изпрати въпросника заедно със заявлението си за възстановяване на разходите съгласно § 25 XII или § 6а от Закона за лицата, кандидатстващи за убежище до отговорната служба за социални услуги.

### Указание за чужденци:

Лицата, посочени в § 203, параграф 1 до параграф 3, от Наказателния кодекс (например лекар, болничната администрация), имат **задължение за спазване на поверителност** съгласно § 203 от Наказателния кодекс. Службата за социални услуги може да предаде Вашите данни до имиграционния орган като част от разглеждането на претенция съгласно § 25 XII или § 6а от Закона за лицата, кандидатстващи за убежище. Предава се обаче само **фамилно име и дата на раждане**.

Информацията, която давате на болницата във връзка с предявяването на претенции в съответствие с § 25 от Кодекса за социално осигуряване XII, и която трябва да бъде предадена от болницата на социалната служба като част от отчитането, не може да бъде използвана за мерки съгласно Закона за пребиваване или Закона за свобода на придвижване/ЕС (т.нар. **разширена защита на социалните данни**). Разширената защита на социалните данни не се прилага, ако имате право на обезщетения според Закона за лицата, кандидатстващи за убежище. В този случай имиграционният орган също може да използва Вашите данни, предоставени от службата за социални услуги, за мерки съгласно Закона за пребиваване или Закона за свободата на придвижване.

Освен това, предоставяне на данни до имиграционния орган се извършва

и за да се предотвратят значителни опасности за живота на чужденеца или трети лица и ако чужденецът застрашава общественото здраве и специални предпазни мерки за

## Приложение 1 – Заявление за възстановяване на разходи

изключване на опасността не са възможни или не са спазени от чужденеца (§ 88, параграф 2 № 1 от Закона за пребиваването)

или

доколкото данните са необходими, за да се определи дали условията, посочени в § 54, параграф 2, точка 4 от Закона за пребиваването, са изпълнени (тежка наркотична зависимост и отказ от необходимите рехабилитационни мерки), § 88, параграф 2, № 2 от Закона за пребиваването.

**Номер 1 по-долу се попълва от служителя на спешна помощ.**

### **1. Медицински спешен случай**

**а) Предоставяне на спешна медицинска помощ**, което включва поставяне на диагноза, необходимо лечение и медицинско удостоверение за спешност (трябва да бъде издадено от спешна помощ, напр. болницата и приложено към това заявлението).

### **б) Време на прием/период на лечение**

**Следните параграфи 2 до 13 се попълват от пациента.**

### **2. Вашите лични данни**

Име:

Собствено име (имена):

Фамилно име преди брака:

Дата на раждане:

Място на раждане:

Пол:

Гражданство:

Семейно положение:

Адрес (също „до адрес“):

или обичайно място на пребиваване, ако е приложимо:

При необходимост Домашен адрес:

Телефон (информация по избор):

**Приложете копие на паспорт или друг подходящ документ за установяване на самоличност (напр. други официални документи със снимка, като свидетелство за управление на МПС и т.н.).**

## Приложение 1 – Заявление за възстановяване на разходи

Копирането не е възможно, тъй като  
Вместо това самоличността се доказва, както следва:

Какъв **статус на пребиваване** имате?  
(Моля, приложете копие от доказателствения документ)

Статус/информация на типа пребиваване или друго удостоверение:

Валидно до:

Издадено от:

### **3. При непълнолетни пациенти: Информация за родителите**

Баща:

Име:

Собствено име (имена)

Дата на раждане:

Адрес:

Здравно осигурен към:

Майка:

Име:

Собствено име (имена)

Дата на раждане:

Адрес:

Здравно осигурен към:

а) Имат ли **доход родителите**?

Да – в какъв размер?: \_\_\_\_\_ евро/месец

Това са приходи от:

Заетост, подлежаща на осигуровки

Минимална заетост („мини“ работа)

Самостоятелно заети лица

Получаване на социални помощи (например Кодекс за социално осигуряване II)

(Приложете доказателства)

Не

Ако сте отговорили с „Не“, посочете доходи от каква дейност получавате:

### **4. Информация за доходите и имуществото**

С каква дейност си изкарвате прехраната?

**Приложение 1 – Заявление за възстановяване на разходи**

а) Имате ли **доходи**?

Да – в какъв размер?: \_\_\_\_\_ евро/месец

Ако е така: Това са приходи от:

Заетост, подлежаща на осигуровки

Минимална заетост („мини“ работа)

Самостоятелно заети лица

Получаване на социални помощи, а именно:

Издръжка

Други доходи (пенсии, наем и т.н.)

Не

Ако сте отговорили с „Не“ на получаване, съотв. сте получавали доходи (обозначете конкретно как и къде се осигурява прехраната, например събиране на бутилки, продажба на „Hinz und Kunzt“):

б) Притежавате ли **имущество** в Германия или в друга държава (особено за чужденци: във Вашата страна)?

Не

Да – в какъв размер или на каква стойност?

Пари в брой:

Спестовен влог:

Недвижими имоти:

МПС:

Друго имущество:

**5. Трета страна, която е виновна за болестта**

Вашето заболяване **дължи ли се на трета страна** (например произшествие с МПС)?

Не

Да

Ако е така, в случай на произшествие, опишете местоположението и обстоятелствата, довели до произшествието:

## Приложение 1 – Заявление за възстановяване на разходи

Посочете името и адреса на третата страна или, ако е приложимо, на застрахователната компания:

Това има ли **връзка с вашата заетост/трудова дейност** (например поради трудова злополука, докато сте на посещение в училище, или при отиване/прибиране вкъщи)?

Не

Да

Ако е така, опишете местоположението и обстоятелствата, довели до произшествието:

Укажете името и адреса на работодателя или училището:

Посочете името и адреса на застрахователната компания:

### **6. Собствена здравна застраховка**

**Били ли сте здравно осигурен/а в Германия?**

Да:

задължително здравно осигуряване (евентуално семейно осигуряване)

частна здравна застраховка

Име и седалище на застрахователното дружество или здравната каса:

До кога сте бил/а застрахован/а?

Не

Ако не: Избирам следната задължителна здравна каса:

**Били ли сте здравно осигурен/а в страната си?**

Да – Посочете името на застрахователната компания/седалището/страната, в която е застраховката

(Трябва да се приложи копие от доказателството, напр. чуждестранна здравноосигурителна карта, **European Health Insurance-Card** (EHIC, Европейска здравноосигурителна карта), приложен временния заместващ сертификат за (PEB))

Не

(Трябва да бъде приложено копие на доказателство за неналичие)

До кога сте бил/а застрахован/а?

Във вашата страна сключили ли сте или сключвали ли сте **здравна застраховка при пътуване**?

Да – Посочете името на застрахователната компания/седалището/страната, в която е застраховката

(Моля, приложете копие от доказателствения документ)

## Приложение 1 – Заявление за възстановяване на разходи

Не

### **7. Здравно осигуряване на съпруг/а или партньор/ка** (ако животът на семейни начало е равноправен на брака в родината Ви)

Име:

#### **Бил/а ли е здравно осигурен/а в Германия?**

Да:

задължително здравно осигуряване (евентуално семейно осигуряване)

частна здравна застраховка

Име и седалище на застрахователното дружество или здравната каса:  
(Моля, приложете копие от доказателствения документ)

До кога е бил/а застрахован/а?

Не

#### **Бил/а ли е Вашият/вашата съпруг/а или партньор/ка здравно осигурен/а в страната си?**

Да – Посочете името на застрахователната компания/седалището/страната, в която е застраховката

(Трябва да се приложи копие от доказателството, напр. чуждестранна здравноосигурителна карта, European Health Insurance-Card (EHIC, Европейска здравноосигурителна карта), приложен временния заместващ сертификат за (PEB))

Не

(Трябва да бъде приложено копие на доказателство за неналичие)

#### **Вашият/вашата съпруг/а или партньор/ка сключил/а ли е или сключвал/а ли е здравна застраховка при пътуване?**

Да – Посочете името на застрахователната компания/седалището/страната, в която е застраховката

(Копието на доказателството трябва да бъде приложено)

Не

### **8. При бременност или раждане**

**Баща на детето:** Име, адрес, здравна осигуровка и гражданство

Бащата на детето е неизвестен

### **9. Информация за влизане и пребиваване в Германия**

## Приложение 1 – Заявление за възстановяване на разходи

### Кога влязохте в Германия?

От колко време сте в Хамбург?

Къде бяхте преди да се преместите в Хамбург?

Какви са причините да дойдете в Германия?

Подавала ли е трета страна **Декларация за задължение в съответствие с § 68 от Закона за пребиваването** пред имиграционния орган или дипломатическата мисия в чужбина? (Има ли в Германия лице, желаещо да се грижи за Вашата прехрана?)

Не

Да – име и адрес на лицето поело задължението:  
(ако е възможно, прикачете копие от декларацията за задължението)

### Готови ли сте да напуснете след медицинско лечение?

Не, причина:

Да

**Указание: Ако сте готови да напуснете след лечението, трябва да напуснете страната в рамките на един месец след края на лечението.**

### **10. Информация за съпруг/а или партньор/ка на пациента:**

Няма съпруг/а или партньор/ка

Име:

Собствено име (имена):

Фамилно име преди брака:

Дата на раждане:

Място на раждане:

Пол:

Гражданство:

Текуща професионална дейност:

Семейно положение:

Адрес:  
(също „до адрес“)

### Приложение 1 – Заявление за възстановяване на разходи

При необходимост Домашен адрес:

Телефон (информация по избор):

При необходимост Статут на пребиваване:  
(моля, приложете копие от доказателството)

#### **11. Информация за доходите на съпруг/а или партньор/ка**

Вашият/вашата **съпруг/а или партньор/ка** или Вашите родители (при непълнолетни пациенти) получават ли **доходи**?

Да – в какъв размер?: \_\_\_\_\_ евро/месец

Това са приходи от:

- Заетост, подлежаща на осигуровки
- Минимална заетост („мини“ работа)

Самостоятелно заети лица

Получаване на социални помощи  
(Приложете доказателства)

Не

Ако сте отговорили с „Не“, посочете как изкарвате прехраната си:

#### **12. Информация за децата на пациента**

Деца  Да  Не

Ако да, моля попълнете таблицата:

	Дете 1	Дете 2	Дете 3
Име			
Собствено име (имена)			
Фамилно име преди брака			
Дата на раждане			
Място на раждане			
Пол			
Гражданство			
Семейно положение			
Адрес (също „до адрес“)			
При необходимост Домашен адрес			



**Приложение 1 – Заявление за възстановяване на разходи**

**Детето/децата има/т ли доход/и?**

Да – в какъв размер?: \_\_\_\_\_ евро/месец

Това са приходи от:

Заетост, подлежаща на осигуровки

Минимална заетост („мини“ работа)

Самостоятелно заети лица

Получаване на социални помощи

**Ако е така: Осигурена ли е издръжка на родителите (напр. финансови вноски, жилище)?**

**В какъв размер?**

**13. Подпомагане от други места**

Упълномощен ли е **адвокат**? Ако е така, в кои области той представлява Вашите дела? Там има ли Ваши документи?

Име:

Адрес:

Тел./факс/електронна поща:

Получавате консултация и подкрепа **от консултативен център (за миграция)**? Имали ли сте контакт с консултативен център (за миграция) в миналото? Там има ли Ваши документи?

Име:

Адрес:

Тел./факс/електронна поща:

**Приложение 1 – Заявление за възстановяване на разходи**

**Декларация на пациента:**

Декларирам, че посочената по-горе информация е подадена правилно.

Съгласен съм данните ми да бъдат предавани и обработвани за целите на отчитането в рамките на заявлението за поемане на разходи към институцията за социално подпомагане в Хамбург и освобождавам лекаря от задължението му да спазва поверителност.

Моля институцията за социално подпомагане да покрие разходите за лечение.

Дата, място и подпис на пациента