

**Valstybinei ligonių kasai
prie Sveikatos apsaugos ministerijos**

Vardas (-ai)	
Pavardė (-ės)	
Asmens kodas	
Draudžiamąjo identifikacinis kodas	
Adresas (pildoma, jei atsakymą pageidaujama gauti paštu)	
Elektroninio pašto adresas (pildoma, jei atsakymą pageidaujama gauti elektroniniu paštu)	
Telefono numeris ar kita kontaktinė informacija	

**PRAŠYMAS
DĖL PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO VALSTYBĖS LĖŠOMIS
(slaugančiojo arba prižiūrinčiojo asmenį su negalia)**

1. Vadovaudamasis Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro duomenų tvarkymo tvarkos aprašu, pateikiu asmens duomenis ir prašau patvirtinti privalomojo sveikatos draudimo valstybės lėšomis galiojimo laikotarpį, kadangi *(pažymėti atitinkamą langelį)*:

☐ 1.1. **esu vienas iš tėvų (tėvių) ir slaugau ar nuolat prižiūriu namuose savo vaiką**, kuriam nustatytas neįgalumo lygis, arba asmenį su negalia, kuriam nustatytas individualios pagalbos teikimo išlaidų kompensacijos poreikis (iki 2023 m. gruodžio 31 d. – specialusis nuolatinės slaugos poreikis ar specialusis nuolatinės priežiūros (pagalbos) poreikis), arba asmenį, kuriam iki 2005 m. birželio 30 d. nustatyta visiška negalia, ir pateikiu jo duomenis:

Asmens kodas	
--------------	--

☐ 1.2. **esu paskirtas globėju (rūpintoju) ar asmens su negalia aprūpintoju**, slaugau ar nuolat prižiūriu namuose vaiką, kuriam nustatytas neįgalumo lygis, arba slaugau ar nuolat prižiūriu namuose (teikiu pagalbą namuose) asmenį su negalia, kuriam nustatytas individualios pagalbos teikimo išlaidų kompensacijos poreikis (iki 2023 m. gruodžio 31 d. – specialusis nuolatinės slaugos poreikis ar specialusis nuolatinės priežiūros (pagalbos) poreikis), arba asmenį, kuriam iki 2005 m. birželio 30 d. nustatyta visiška negalia, ir pateikiu jo duomenis:

Asmens kodas	
--------------	--

Pridedami dokumentai *(reikiamą pažymėti)*:

☐ vykdomasis dokumentas (teismo sprendimas, teismo nutartis ar kitas) su duomenimis apie pripažinimą globėju (rūpintoju) ir globos (rūpybos) laikotarpius;

☐ sprendimas dėl paskyrimo asmens su negalia aprūpintoju, išduotas Asmens su negalia teisių apsaugos agentūros direktoriaus ar jo įgalioto asmens.

☐ 2. Patvirtinu, kad nedirbu ir (arba) nesu apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu kitoje Europos Sąjungos, Europos ekonominės erdvės šalyje ir Šveicarijos Konfederacijoje.

☐ 3. Pareiškiu, kad visi mano pateikti duomenys yra teisingi. Žinau, kad dėl melagingų duomenų mano prašymas būtų atmestas arba **mano privalomojo sveikatos draudimo galiojimas būtų panaikintas, išieškant žalą Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui.**

4. Esu informuotas, kad mano asmens duomenys bus tvarkomi vadovaujantis Reglamento [\(ES\) 2016/679](#) 6 straipsnio 1 dalies c punktu ir tik privalomojo sveikatos draudimo vykdymo tikslais.

5. Pasižadu, kad apie pasikeitusius duomenis, nurodytus šiame prašyme, **nedelsiant informuosiu Valstybinę ligonių kasą prie Sveikatos apsaugos ministerijos.**

6. Atsakymą į prašymą prašau pateikti (*pažymėti atitinkamą langelį*):

☐ 6.1. oficialiu raštu nurodytu pašto ar elektroninio pašto adresu;

☐ 6.2. nurodytu elektroninio pašto adresu;

☐ 6.3. kitu būdu (nurodykite, kaip atsiimsite atsakymą) _____;

☐ 6.4. rašytinio atsakymo nepageidauju.

7. PRIDEDAMA (*nurodykite pridedamo dokumento lapų skaičių*): _____.

Vardas ir pavardė, parašas
