

Istaiga, kuriai teikiamas prašymas

Vardas (-ai)	
Pavardė (-ės)	
Asmens kodas	
Draudžiamąjį identifikacinis kodas	
Adresas (pildomas, jei atsakymą pageidaujama gauti paštu)	
El. pašto adresas (pildomas, jei atsakymą pageidaujama gauti el. paštu)	
Kita kontaktinė informacija (telefono numeris arba prireikus kitų elektroninių ryšių priemonių nuorodos ir (ar) numeriai)	

**PRAŠYMAS
PATVIRTINTI PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO VALSTYBĖS LĖŠOMIS
GALIOJIMO LAIKOTARPĮ (auginančiojo vaiką (vaikus) asmens)**

2 0 - -

1. Vadovaudamasis Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro duomenų tvarkymo tvarkos aprašu, prašau patvirtinti privalomojo sveikatos draudimo valstybės lėšomis galiojimo laikotarpį, nes auginu vaiką iki 8 metų arba du ir daugiau nepilnamečių vaikų:

Asmens kodas											
Asmens kodas											
Asmens kodas											
Asmens kodas											

2. Privalomojo sveikatos draudimo galiojimo laikotarpį prašau patvirtinti nuo (*tinkamą pažymėti arba įrašyti datą*):

vaiko gimimo datos	
kitos datos (<i>įrašyti</i>)	

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

4. Patvirtinu, kad valstybės lėšomis kaip vienas iš tėvų (įtėvių), auginantis vaiką iki aštuonerių metų arba du ir daugiau nepilnamečių vaikų, pageidauju būti draudžiamas (-a) šeimos pasirinkimu.

5. Žinau, kad valstybės lėšomis negali būti apdrausti neauginantys vaikų tėvai, kurie pagal Lietuvos Respublikos civilinį kodeksą yra netekę tėvų teisių arba kurių tėvų teisės yra nebegaliojančios (kai teismas atskiria vaiką (-us) nuo tėvų arba laikinai ar neterminuotai apriboja tėvų valdžią).

<p>Pildo vaiko (-ų) tėvas (įtėvis) / motina (įmotė), kuris (kuri) augina vaiką (-us) vienas (-a)</p> <p>6. Informuoju, kad vaiką (-us) auginu vienas (-a), ir (<i>tinkamą pažymėti ir reikiamą informaciją įrašyti</i>):</p> <p><input type="checkbox"/> pareiškiu, kad santuoka su vaiko (-ų) tėvu / motina (įmote) yra nutraukta (ar gyvenam skyrium), teismo sprendimu vaiko (-ų) gyvenamoji vieta yra nustatyta su manimi, ir pateikiu teismo sprendimą.</p>

Prašau nutraukti vaiko (-ų) tėvo (įtėvio) / motinos (įmotės) privalomojo sveikatos draudimo valstybės lėšomis galiojimo laikotarpį (jei jis yra apdraustas kaip vienas iš tėvų) nuo teismo sprendimo priėmimo datos, nes vaiko (-ų) tėvas (įtėvis) / motina (įmotė) **vaiko (-ų) neaugina**, ir pateikiu jo (jos) asmens duomenis:

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

arba vardas, pavardė, gim. data _____.

Vienašališkai dėl objektyvių priežasčių* _____

_____ (nurodyti priežastis) prašau nutraukti vaiko (-ų) tėvo (įtėvio) / motinos (įmotės) privalomojo sveikatos draudimo valstybės lėšomis galiojimo laikotarpį (jei jis (ji) yra apdraustas (-a) kaip vienas iš tėvų) nuo _____ datos (nurodyti datą), nes vaiko (-ų) tėvas (įtėvis) / motina (įmotė) **vaiko (-ų) neaugina**, ir pateikiu jo (jos) asmens duomenis:

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

arba vardas, pavardė, gim. data _____.

* Objektyviomis priežastimis laikomi teismo sprendimu arba kitais dokumentais (duomenimis) patvirtinti atvejai, kai vienas iš vaiko (-ų) tėvų (įtėvių) yra sulaikytas arba atlieka bausmę, arba jam taikomas teismo sprendimas dėl neterminuotai (terminuotai) apribojamos tėvų valdžios, arba jis nuolat gyvena užsienyje, yra dingęs be žinios, sudaręs kitą šeimą ir pan.).

7. Pateikiu papildomą informaciją / pridedu: _____

8. Pareiškiu, kad visi mano pateikti duomenys yra teisingi. Žinau, kad dėl melagingų duomenų mano prašymas būtų atmestas arba **jau nustatytas mano privalomojo sveikatos draudimo valstybės lėšomis galiojimo laikotarpis būtų panaikintas, išieškant žalą Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui.**

9. 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 tikslais¹.

10. Pasižadu, kad dėl pasikeitusių šiame prašyme nurodytų duomenų **nedelsiant informuosiu ligonių kasą.**

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

11.1. oficialiu raštu nurodytu pašto adresu;

11.2. nurodytu el. pašto adresu;

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

11.4. rašytinio atsakymo nepageidauju.

Vardas, pavardė, parašas

¹ Informacija apie duomenų subjekto teisių įgyvendinimą: <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/asmens-duomeniu-apsauga>