

Имя (-а)	
Фамилия (-ии)	
Личный код	
Идентификационный код застрахованного лица	
Адрес (заполняется при желании получить ответ по почте)	
Адрес электронной почты (заполняется при желании получить ответ по эл. почте)	
Другая контактная информация (номер телефона или, при необходимости, ссылки и (или) номера других электронных средств связи)	

**ЗАЯВЛЕНИЕ
ПОДТВЕРДИТЬ СРОК ДЕЙСТВИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ
ЗА СЧЁТ ГОСУДАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ (лица, воспитывающего ребёнка (детей))**

2 0 - -

1. В соответствии с описанием порядка обработки данных Реестра лиц, застрахованных обязательным медицинским страхованием, прошу подтвердить срок действия обязательной медицинской страховки за счёт государственных средств, так как воспитываю ребёнка до 8 лет или двух и более несовершеннолетних детей:

Личный код												
Личный код												
Личный код												
Личный код												

2. Прошу подтвердить срок действия обязательной медицинской страховки с (отметьте или введите соответствующую дату):

Дата рождения ребёнка	
Другие даты (впишите)	

3. Подтверждаю, что не работаю и (или) не имею обязательной медицинской страховки в другой стране Европейского Союза, Европейской экономической зоны и Швейцарской Конфедерации.

4. Подтверждаю, что я, как один из родителей (усыновителей), воспитывающих ребёнка в возрасте до восьми лет или двух и более несовершеннолетних детей, желаю быть застрахованным за счёт государственных средств по выбору семьи.

5. Мне известно, что за счёт государственных средств не могут быть застрахованы родители, воспитывающие детей, которые в соответствии с Гражданским кодексом Литовской Республики были лишены родительских прав или родительские права которых утратили силу (если суд разлучил ребёнка (детей) с родителями либо временно или бессрочно ограничил в родительских правах).

Заполняет отец/мать или усыновитель несовершеннолетнего ребёнка (детей), воспитывающий (-ая) ребёнка (детей) один (одна)

6. Сообщаю Вам, что воспитываю своего ребёнка (детей) один (одна), и (отметьте нужное и введите необходимую информацию):

заявляю, что брак с отцом/матерью или усыновителем ребёнка (детей) расторгнут (либо мы проживаем раздельно), место жительства ребёнка (детей) определено со мной по решению суда, и предоставляю решение суда.

Прошу прекратить срок действия обязательного медицинского страхования отца/матери или усыновителя ребёнка за счёт государственных средств (если он застрахован как один из родителей) со дня решения суда, поскольку отец/мать или усыновитель **ребёнка (детей) не воспитывает**, и предоставляю его/её персональные данные:

Личный код																				
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Или имя, фамилия, дата рождения _____.

Прошу приостановить срок действия обязательного медицинского страхования отца/матери или усыновителя ребёнка за счёт государственных средств (если он застрахован как один из родителей) в одностороннем порядке по объективным причинам* _____

(укажите причины) _____
от даты _____ (укажите дату), так как отец/мать или усыновитель ребёнка (детей) не воспитывает, и предоставляю его (её) персональные данные:

Личный код																				
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Или имя, фамилия, дата рождения _____.

* Объективными причинами считаются случаи, подтверждённые решением суда или иными документами (данными), когда один из родителей ребёнка (или усыновитель) задержан или отбывает наказание либо в отношении него принято решение суда о бессрочном (временном) ограничении в родительских правах, или постоянно проживает за границей, пропал без вести, образовал другую семью и др.).

7. Предоставляю дополнительную информацию / прилагаю: _____.

8. Заявляю, что вся предоставленная мной информация верна. Знаю, что из-за ложных данных моё заявление будет отклонено или **срок действия моего обязательного медицинского страхования за счёт государственных средств, который уже установлен, будет аннулирован с требованием возмещения убытков из бюджета Фонда обязательного медицинского страхования.**

9. Меня уведомили о том, что мои персональные данные будут обрабатываться в соответствии с пунктом с части 1 статьи 6 Регламента (ЕС) 2016/679 и только в целях обязательного медицинского страхования¹.

10. Обязуюсь **незамедлительно сообщить Больничной кассе** об изменении данных, указанных в данном заявлении.

11. Прошу отправить ответ на заявление (*отметьте соответствующее поле*):

11.1. Официальным письмом на указанный почтовый адрес;

11.2. По указанной электронной почте;

11.3. Другим способом _____ (укажите, как заберёте ответ);

11.4. Мне не нужен письменный ответ.

Имя, фамилия, подпись

¹ Информация об осуществлении прав субъекта данных: <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/asmens-duomenis-apsauga>