

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 (slaugančiojo arba prižiūrinčiojo neįgalų asmenį)

2 0 - -

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. slaugau namuose savo vaiką, kuriam nustatytas neįgalumo lygis (vaiką invalidą), arba asmenį, kuriam nustatytas specialusis nuolatinės slaugos poreikis ar specialusis nuolatinės priežiūros (pagalbos) poreikis, arba slaugau visiškos negalios invalidą, pripažintą tokiu iki 2005 m. liepos 1 d., ir pateikiu jo duomenis:

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

1.2. esu paskirtas neįgaliojo aprūpintoju ar globėju (rūpintoju) asmens, kuriam nustatytas neįgalumo lygis (vaiko invalido), arba asmens, kuriam nustatytas specialusis nuolatinės slaugos poreikis ar specialusis nuolatinės priežiūros (pagalbos) poreikis, arba visiškos negalios invalido, pripažinto tokiu iki 2005 m. liepos 1 d., ir pateikiu vykdomąjį dokumentą su duomenimis apie pripažinimą globėju (rūpintoju) ir globos (rūpybos) laikotarpius arba Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos direktoriaus ar jo įgalioto asmens sprendimą dėl paskyrimo neįgaliojo aprūpintoju.

Slaugomas
asmuo:

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

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 atmetas arba **jau nustatytas mano privalomojo sveikatos draudimo galiojimo laikotarpis 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 tikslais¹.

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

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

6.1. oficialiu raštu nurodytu pašto adresu;

6.2. nurodytu el. pašto adresu;

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

6.4. rašytinio atsakymo nepageidauju.

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

Vardas, pavardė, parašas

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