

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 (опекуна или попечителя лица с ограниченными
возможностями)**

2 0 - -

1. В соответствии с описанием порядка обработки данных Реестра лиц, застрахованных обязательным медицинским страхованием, предоставляю персональные данные и прошу подтвердить срок действия обязательного медицинского страхования за счёт государственных средств, поскольку *(отметьте соответствующее поле)*:

1.1. Я ухаживаю дома за своим ребенком, которому установлена степень инвалидности, или за совершеннолетним с особой потребностью в постоянном уходе или с особой потребностью в постоянном присмотре (помощи), или ухаживаю за совершеннолетним лицом с ограниченными возможностями, который признан полностью нетрудоспособным до 1 июля 2005 года, и предоставляю его данные:

Личный код	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

1.2. Я назначен кормильцем лица с ограниченными возможностями или опекуном (попечителем) ребенка, которому установлена степень инвалидности, либо лица с особой потребностью в постоянном уходе или с особой потребностью в постоянном присмотре (помощи), либо лица, который признан полностью нетрудоспособным до 1 июля 2005 года, и предоставляю исполнительный документ о признании опекуном (попечителем) и сроках опеки (попечительства) или решение директора Службы определения инвалидности и трудоспособности при Министерстве социальной защиты и труда (или уполномоченного им лица) о назначении кормильцем лица с ограниченными возможностями.

Опекаемое лицо:

Личный код	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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

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

4. 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.

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

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

6.1. Официальным письмом на указанный почтовый адрес;

6.2. По указанной электронной почте;

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

6.4. Мне не нужен письменный ответ.

7. ПРИЛАГАЕТСЯ (*укажите количество страниц в прилагаемом документе*): _____.

Имя, фамилия, подпись

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