

PRAŠYMAS

NUSTATYTI PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO VALSTYBĖS LĖŠOMIS GALIOJIMO LAIKOTARPĮ

20__ m. _____ d. Nr.

1. Draudžiamą asmens duomenys:

| |
|-----------------------------------|
| Vardas (-ai), pavardė (-ės) |
| Gim. data arba asmens kodas |
| Gyv. vieta, kontaktiniai duomenys |

2. Auginamo (-ų) vaiko (-ų) duomenys:

| | |
|------|----------------------------------------------------------|
| 2.1. | Vardas (-ai), pavardė (-ės), gim. data arba asmens kodas |
| 2.2. | |
| 2.3. | |

3. Prašau nustatyti mano, kaip vieno iš tėvų (įtėvių), auginančių nepilnametį (-čius) vaiką (-us), privalomojo sveikatos draudimo valstybės lėšomis galiojimo laikotarpį nuo (*tinkamą pažymėti X*):

| | |
|--|-----------------------------------------------------------------|
| | vaiko gimimo datos |
| | teismo sprendimo priėmimo arba šio sprendimo įsigaliojimo datos |
| | kitos datos (įrašyti) |

4. Patvirtinu, kad sprendimas dėl mano, kaip vieno iš tėvų (įtėvių), auginančių nepilnametį (-čius) vaiką (-us), privalomojo sveikatos draudimo valstybės lėšomis buvo priimtas abiejų vaiko (-ų) tėvų (įtėvių) bendru susitarimu (tuo atveju, kai vaiką (-us) augina abu tėvai (įtėviai)).

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), arba kai santuoka yra nutraukta ar tėvai gyvena skyrium ir teismo sprendimu vaiko (-ų) gyvenamoji vieta yra nustatyta su kitu tėvu.

6. Patvirtinu, kad (*tinkamą apibraukti*):

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------|
| 6.1 | gyvenu ir auginu vaiką (-us) Lietuvoje | TAIP | NE |
| 6.2 | mano atžvilgiu nėra įsiteisėjusio teismo sprendimo dėl tėvų teisių netekimo, vaiko (-ų) nuo tėvų atskirimo, tėvų valdžios apribojimo | NETURI | TURI |
| 6.3 | nedirbu ir negaunu kitoje Europos Sąjungos, Europos ekonominės erdvės šalyse ir Šveicarijos konfederacijoje veiklos pajamų | NEGAUNA | GAUNA |
| 6.4 | nesu apdraustas sveikatos draudimu kitoje Europos Sąjungos, Europos ekonominės erdvės šalyse ir Šveicarijos konfederacijoje | NEDRAUSTAS | DRAUSTAS |

7. Pareiškiu, kad visi mano pateikti duomenys yra teisingi. Žinau, kad dėl melagingų duomenų mano prašymas būtų atmetas arba **jau nustatytas mano privalomojo sveikatos draudimo valstybės lėšomis galiojimo laikotarpis būtų panaikintas, išieškant žalą Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui tuo atveju, jei šiuo laikotarpiu pasinaudočiau asmens sveikatos priežiūros paslaugomis.**

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

SUTIKIMAS DĖL PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO VALSTYBĖS LĖŠOMIS GALIOJIMO LAIKOTARPIO NUTRAUKIMO

Pildomas tada, kai teisę į draudimą bendru susitarimu perduodama kitam iš vaiko (-ų) tėvų (įtėvių):

9. Sutinku, kad mano privalomojo sveikatos draudimo valstybės lėšomis galiojimo laikotarpis auginančių vaikus apdraustųjų grupėje būtų nutrauktas.

Vardą, pavardę įrašo ir pasirašo tas vaiko (-ų) tėvų (įtėvių), kuris perduoda teisę į draudimą valstybės lėšomis ir kurio privalomojo sveikatos draudimo galiojimo laikotarpis auginančių vaikus apdraustųjų grupėje yra nutraukiamas: _____.

(vardas, pavardė, parašas)

Arba:

pildomas tada, kai privalomojo sveikatos draudimo galiojimo laikotarpį prašoma nutraukti vienašališkai:

10. Prašau nutraukti vaiko (-ų) tėvo (įtėvio) / motinos (įmotės) privalomojo sveikatos draudimo valstybės lėšomis galiojimo laikotarpį (reikiamą pabraukti) _____,

(vardas, pavardė, gim. data)

nes jis (ji) **vaiko (-ų) neaugina.**

11. Pareiškiu, kad (reikiamą pažymėti X):

santuoka su nurodytu asmeniu yra nutraukta (ar gyvenam skyrium), teismo sprendimu vaiko (-ų) gyvenamoji vieta yra nustatyta su manimi ir pateikiu teismo sprendimą,

dėl objektyvių priežasčių* nurodytas asmuo, kurio (-ios) privalomojo sveikatos draudimo valstybės lėšomis galiojimo laikotarpį prašau nutraukti, sutikimo pasirašyti negali, nes (nurodykite priežastį)

*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.).

Prašymą pateikė _____

(vardas, pavardė, parašas)

Prašymą priėmė _____

(teritorinės ligonių kasos padalinys, darbuotojo vardas, pavardė, parašas)