



Twoje uprawnienia do zabezpieczenia społecznego

w Bułgarii

Informacje zawarte w niniejszym przewodniku zostały opracowane i zaktualizowane w ścisłej współpracy z krajowymi korespondentami systemu wzajemnego informowania o ochronie socjalnej (MISSOC). Więcej informacji na temat sieci MISSOC można znaleźć na następującej stronie internetowej:

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=815>

Niniejszy przewodnik zawiera ogólny opis rozwiązań w zakresie zabezpieczenia społecznego stosowanych w odpowiednich państwach. Dodatkowe informacje można uzyskać z innych publikacji MISSOC. Wszystkie te pozycje są dostępne na stronie, do której odsyła powyższy link. Można skontaktować się również z właściwymi organami i instytucjami, które zostały wymienione w załączniku do niniejszego przewodnika.

Ani Komisja Europejska, ani żadna osoba działająca w imieniu Komisji nie może być pociągana do odpowiedzialności za wykorzystanie informacji zawartych w niniejszej publikacji.

Spis treści

Rozdział I: Wprowadzenie, organizacja i finansowanie	5
Wprowadzenie	5
Organizacja ochrony socjalnej	5
Finansowanie	6
Rozdział II: Opieka zdrowotna	9
Kiedy osoba jest uprawniona do opieki zdrowotnej?	9
Co obejmuje ubezpieczenie?	10
W jaki sposób można skorzystać z opieki zdrowotnej?	12
Rozdział III: Świadczenia pieniężne z tytułu choroby	13
Kiedy osoba ma prawo do świadczeń pieniężnych z tytułu choroby?	13
Co obejmuje ubezpieczenie?	13
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń pieniężnych z tytułu choroby?	14
Rozdział IV: Świadczenia z tytułu macierzyństwa i ojcostwa	15
Kiedy osoba jest uprawniona do świadczeń z tytułu macierzyństwa lub ojcostwa? ..	15
Co obejmuje ubezpieczenie?	16
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu macierzyństwa i ojcostwa? ..	16
Rozdział V: Świadczenia z tytułu inwalidztwa	17
Kiedy osoba ma prawo do świadczeń z tytułu inwalidztwa?	17
Co obejmuje ubezpieczenie?	17
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu inwalidztwa?	18
Rozdział VI: Emerytury i świadczenia z tytułu podeszłego wieku	20
Kiedy osoba ma prawo do świadczeń z tytułu podeszłego wieku?	20
Co obejmuje ubezpieczenie?	21
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu podeszłego wieku?	21
Rozdział VII: Renty rodzinne	23
Kiedy osoba ma prawo do renty rodzinnej?	23
Co obejmuje ubezpieczenie?	24
W jaki sposób można skorzystać z renty rodzinnej?	24
Rozdział VIII: Świadczenia z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych	25
Kiedy osoba jest uprawniona do świadczeń z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych?	25
Co obejmuje ubezpieczenie?	25
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych?	25
Rozdział IX: Świadczenia rodzinne	27
Kiedy osoba ma prawo do świadczeń rodzinnych?	27
Co obejmuje ubezpieczenie?	27
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń rodzinnych?	28
Rozdział X: Bezrobocie	29
Kiedy osoba ma prawo do świadczeń z tytułu bezrobocia?	29
Co obejmuje ubezpieczenie?	29
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu bezrobocia?	30
Rozdział XI: Świadczenia minimalne z pomocy społecznej	31
Kiedy osoba jest uprawniona do świadczeń minimalnych z pomocy społecznej?	31
Co obejmuje ubezpieczenie?	31
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń minimalnych z pomocy społecznej? ..	31
Rozdział XII: Opieka długoterminowa	33
Kiedy osoba uprawniona ma prawo do opieki długoterminowej?	33
Co obejmuje ubezpieczenie?	33
W jaki sposób można skorzystać z opieki długoterminowej?	34

Załącznik: Dane kontaktowe instytucji i adresy przydatnych stron internetowych36

Rozdział I: Wprowadzenie, organizacja i finansowanie

Wprowadzenie

Zakres ochrony socjalnej w Bułgarii obejmuje klasyczny składkowy system ubezpieczenia społecznego, nieskładkowe systemy zabezpieczenia społecznego oraz pomoc społeczną, w tym system usług socjalnych. System ten obejmuje celowe programy pomocy i opieki społecznej, tworzenia miejsc pracy dla grup osób znajdujących się w niekorzystnej sytuacji, świadczeń rodzinnych na dzieci itp.

Nieskładkowe systemy zabezpieczenia społecznego i system pomocy społecznej są finansowane z budżetu państwa. Uprawnienie do świadczeń w ramach tych systemów ocenia się na podstawie szeregu kryteriów, w tym oceny zasobów finansowych. Systemy ubezpieczeń społecznych są finansowane ze specjalnych budżetów funduszy ubezpieczeń społecznych.

Publiczny system ubezpieczeń społecznych zarządzany przez narodowy zakład ubezpieczeń zapewnia odszkodowania pieniężne, świadczenia i renty z tytułu:

- tymczasowej niezdolności do pracy;
- macierzyństwa;
- tymczasowej ograniczonej zdolności do pracy (przeniesienie na inne stanowisko);
- bezrobociem;
- inwalidztwa;
- podeszłego wieku;
- śmierci.

Obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne, jak również opieka zdrowotna finansowana z budżetu, zapewniają podstawowy pakiet usług opieki zdrowotnej, finansowany albo z budżetu narodowej kasy ubezpieczeń zdrowotnych, albo z budżetu państwa w zależności od systemu.

Pomoc społeczna, zdefiniowana w prawodawstwie krajowym, obejmuje świadczenia pieniężne lub rzeczowe, które uzupełniają lub zastępują dochód do poziomu pozwalającego na pokrycie podstawowych potrzeb życiowych lub nieprzewidzianych potrzeb osób i rodzin korzystających ze wsparcia.

Organizacja ochrony socjalnej

Bułgarski model opieki zdrowotnej obejmuje zarówno systemy oparte na składkach ubezpieczeniowych, jak i systemy finansowane z podatków.

Publiczne systemy ubezpieczeń zdrowotnych zapewniają świadczenia pieniężne i renty z tytułu choroby, inwalidztwa, macierzyństwa, choroby zawodowej i wypadku przy pracy, starości i śmierci. Oprócz systemów zabezpieczenia społecznego, system pomocy społecznej zapewnia ochronę przed ryzykiem ubóstwa i zgodnie z prawodawstwem bułgarskim obejmuje również świadczenia rodzinne.

Bułgarski model emerytalno-rentowy składa się z trzech filarów. Od 2000 r. poza systemem repartycyjnym funkcjonuje obowiązkowy uzupełniający system emerytalny,

czyli drugi filar. Drugi filar obejmuje wszystkie osoby obowiązkowo ubezpieczone w ramach ubezpieczenia państwowego, osoby urodzone po dniu 31 grudnia 1959 r. (system powszechny) oraz pracowników wykonujących pracę w niebezpiecznych warunkach (pracownicze fundusze emerytalne). Trzeci filar obejmuje dobrowolne ubezpieczenie emerytalno-rentowe, w ramach którego wprowadzono również systemy zawodowe regulowane dyrektywą w sprawie IORP. Systemy drugiego i trzeciego filaru są zarządzane przez prywatne firmy ubezpieczeniowe pod nadzorem komisji nadzoru finansowego (*Комисия за финансов надзор*).

Institucje i działania w ramach systemu zabezpieczenia społecznego podlegają regulacjom ustawowym, które są wdrażane przez parlament i radę ministrów we współpracy z organizacjami skupiającymi przedstawicieli pracowników i pracodawców oraz innymi organizacjami społeczeństwa obywatelskiego, np. organizacjami na rzecz ochrony pacjentów, oraz są nadzorowane przez organy sądowe.

Minister pracy i polityki społecznej opracowuje i wprowadza w życie politykę w obszarze publicznych ubezpieczeń społecznych, obowiązkowych i uzupełniających systemów emerytalno-rentowych oraz pomocy społecznej.

Minister zdrowia opracowuje i wprowadza w życie politykę w obszarze opieki zdrowotnej, zarówno w systemach opartych na składkach ubezpieczeniowych, jak i finansowanych z podatków.

Krajowa agencja skarbową (*Националната агенция по приходите*), utworzona w 2005 r., jest odpowiedzialna za tworzenie i kontrolę obowiązków w zakresie podatków i składek na ubezpieczenie społeczne oraz ich pobierania.

Narodowy zakład ubezpieczeń społecznych (*Национален осигурителен институт*), utworzony w 1995 r., odpowiada za świadczenia pieniężne dla członków publicznych systemów ubezpieczeniowych.

Narodowa kasa ubezpieczeń zdrowotnych (*Националната здравноосигурителна каса*) funkcjonuje od 1999 r. i rozpoczęła kontraktowanie usług zdrowotnych ze świadczeniodawcami w dniu 1 lipca 2000 r.

Agencja ds. zatrudnienia (*Агенцията по заетостта*), utworzona w 1990 r., wprowadza środki na rzecz zatrudnienia osób poszukujących pracy niezależnie od ich przynależności do systemu ubezpieczeń.

Agencja pomocy społecznej (*Агенцията за социално подпомагане*) zarządza działaniami związanymi z zapewnianiem odpowiednich środków finansowych, opieki społecznej i świadczeń rodzinnych.

W 2005 r. utworzono agencję ds. osób niepełnosprawnych (*Агенция за хората с увреждания*), która realizuje różne działania w obszarze integracji osób niepełnosprawnych.

Finansowanie

System zabezpieczenia społecznego jest finansowany ze składek na ubezpieczenie publiczne odprowadzanych przez pracodawców, pracowników najemnych, osoby prowadzące działalność na własny rachunek oraz częściowo z budżetu państwa. System pomocy społecznej jest finansowany wyłącznie z budżetu państwa.

Składki

Składki na ubezpieczenie stanowią odsetek dochodu podlegającego oskładkowaniu. Są one podzielone między ubezpieczyciela i ubezpieczonego w stosunku 60:40 (wyłącznie fundusz ogólnych ubezpieczeń chorobowych i macierzyńskich oraz fundusz ubezpieczeń od utraty pracy). Całkowita składka na ubezpieczenie emerytalno-rentowe dla pracowników należących do trzeciej kategorii wynosi 17,8% (9,9% dla ubezpieczyciela i 8,0% dla ubezpieczonego). Jeżeli ubezpieczony urodził się po dniu 31 grudnia 1959 r., składka na ubezpieczenie emerytalno-rentowe wynosi 12,8% (7,1% dla ubezpieczyciela i 5,7% dla ubezpieczonego). Od dnia 1 stycznia 2009 r. budżet państwa przekazuje do funduszu emerytalno-rentowego równowartość 12% sumy wszystkich dochodów podlegających oskładkowaniu wszystkich osób ubezpieczonych w danym roku kalendarzowym.

Składki osobiste w imieniu urzędników służby cywilnej, sędziów, prokuratorów, śledczych, komorników, pracowników sądów oraz pracowników wojskowych opłacane są z budżetu państwa.

Osoby prowadzące działalność na własny rachunek opłacają pełną kwotę należnych składek we własnym zakresie.

Składki na ubezpieczenie od wypadków przy pracy i chorób zawodowych są zróżnicowane w zależności od warunków pracy i wynoszą od 0,4 do 1,1%. W całości opłaca je pracodawca/ubezpieczyciel.

Składki na fundusz gwarantowanych świadczeń pracowniczych w całości odprowadzają pracodawcy (0,1%). W 2012 r. wpłaty składek do funduszu zostały czasowo zawieszane.

Pracownicy należący do pierwszej i drugiej kategorii są obowiązkowo ubezpieczeni w zawodowych funduszach emerytalnych w zakresie uzupełniającego obowiązkowego ubezpieczenia emerytalno-rentowego. Wysokość składki dla pracowników należących do pierwszej kategorii wynosi 12%, zaś dla pracowników należących do drugiej kategorii – 7%. Składki w całości pokrywa pracodawca. Pracodawca jest zobowiązany przekazać kolejne 3% składek do funduszu emerytalnego na własny koszt. Dodatkowe 4,3% jest wpłacane w imieniu nauczycieli na fundusz emerytur nauczycielskich na koszt ubezpieczyciela. Dla osób urodzonych po 1 stycznia 1960 r. wysokość składek na fundusz emerytalny została zmniejszona. Różnica wynosząca 5% jest kredytowana na indywidualnym koncie w powszechnym funduszu emerytalnym w ramach uzupełniającego, obowiązkowego ubezpieczenia emerytalno-rentowego.

Maksymalna miesięczna wysokość dochodu podlegającego oskładkowaniu wynosi 2 000 BGN (1 023 EUR). Składki na ubezpieczenie społeczne odprowadza się od otrzymanego, w tym należnego i niewypłaconego, wynagrodzenia miesięcznego brutto. Składki nie mogą być niższe niż składki należne od minimalnego dochodu podlegającego oskładkowaniu, zdefiniowanego w odniesieniu do głównych rodzajów działalności gospodarczej i grup zawodowych.

W przypadku osób, dla których minimalny dochód podlegającego oskładkowaniu nie został określony, obowiązują składki należne od krajowego minimalnego wynagrodzenia miesięcznego.

Minimalny dochód podlegający obowiązkowi płacenia składek dla osób prowadzących działalność na własny rachunek wynosi od 420 BGN (215 EUR) do 550 BGN (282 EUR), w zależności od ich rocznego dochodu podlegającego opodatkowaniu. W

przypadku osób, które nie prowadziły działalności zarobkowej w 2010 r., oraz w przypadku osób prowadzących działalność na własny rachunek, które rozpoczęły działalność gospodarczą w latach 2011 i 2012, minimalna wysokość dochodu podlegającego obowiązkowi płacenia składek wynosi 420 BGN (215 EUR).

Rozdział II: Opieka zdrowotna

Kiedy osoba jest uprawniona do opieki zdrowotnej?

W ramach systemów opieki zdrowotnej finansowanych z podatków

1. Obywatele Bułgarii
2. Obcokrajowcy na stałe mieszkający w Bułgarii

Uwaga: pozostali obywatele UE, którzy nie są obcokrajowcami w rozumieniu prawodawstwa Bułgarii, mają takie same prawa i obowiązki, jak obywatele Bułgarii na podstawie Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej.

W ramach systemu obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego

Obowiązkowy system ubezpieczenia zdrowotnego w Bułgarii jest zarządzany przez narodową kasę ubezpieczeń zdrowotnych (NHIF). NHIF zapewnia podstawowy pakiet usług opieki zdrowotnej na podstawie składek wpłaconych na obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne.

Następujące kategorie osób są objęte systemem obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego:

1. wszyscy obywatele Bułgarii, którzy nie są jednocześnie obywatelami innego państwa;
2. obywatele Bułgarii, którzy są jednocześnie obywatelami innego państwa i zamieszkują na stałe na terytorium Republiki Bułgarii;
3. obywatele innych państwa lub osoby nieposiadające obywatelstwa, które mają pozwolenia na stały lub długoterminowy pobyt na terytorium Republiki Bułgarii, o ile nie przewidziano inaczej w umowie międzynarodowej, której stroną jest Republika Bułgarii;
4. osoby posiadające status uchodźcy, uchodźcy ze względów humanitarnych lub którym przyznano prawo azylu;
5. zagraniczni studenci i doktoranci przyjęci na uniwersytet lub do organizacji naukowych w kraju na podstawie dekretu rady ministrów nr 103 z 1993 r. w sprawie wdrożenia działań edukacyjnych wśród Bułgarów za granicą oraz na podstawie dekretu rady ministrów nr 228 z 1997 r. w sprawie przyjmowania obywateli Republiki Macedonii na państwowe uniwersytety w Republice Bułgarii;
6. osoby, które nie wchodzą w zakres powyższych punktów 1-5, w odniesieniu do których prawodawstwo Republiki Bułgarskiej ma zastosowanie zgodnie z przepisami dotyczącymi koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

Osoby objęte ubezpieczeniem zdrowotnym w innym państwie członkowskim nie mają obowiązku ubezpieczenia się w narodowej kasie ubezpieczeń zdrowotnych, zgodnie z przepisami dotyczącymi koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

Prawa wynikające z ubezpieczenia zdrowotnego osób, które mają obowiązek odprowadzać składki na ubezpieczenie zdrowotne na własny koszt, zostają zawieszane, jeżeli osoby takie nie opłacą co najmniej 3 należnych składek miesięcznych w okresie 36 miesięcy aż do miesiąca poprzedzającego miesiąc, w

którym świadczone były usługi opieki zdrowotnej. Osoby takie mogą odzyskać ubezpieczenie, jeżeli opłacą zaległe składki na ubezpieczenie zdrowotne za okres ostatnich 36 miesięcy. Ich prawa wynikające z ubezpieczenia zdrowotnego zostaną następnie przywrócone od dnia opłacenia zaległych składek. Kwoty uiszczone za otrzymane usługi opieki zdrowotnej nie podlegają zwrotowi. Jeżeli opłacanie składek jest obowiązkiem pracodawcy lub innej osoby, nieopłacanie składek nie pozbawia danej osoby praw wynikających z ubezpieczenia zdrowotnego.

Co obejmuje ubezpieczenie?

W ramach systemu opieki zdrowotnej finansowanej z podatków

Następujące świadczenia są zapewniane w ramach systemu finansowanego z podatków obywatelom Bułgarii i niektórym kategoriom obcokrajowców posiadających pozwolenie na pobyt długoterminowy:

- pomoc medyczna w nagłych przypadkach;
- opieka położnicza dla wszystkich kobiet nieposiadających ubezpieczenia zdrowotnego, niezależnie od rodzaju porodu, w zakresie określonym zarządzeniem ministra zdrowia, które określa również procedurę;
- opieka w szpitalu psychiatrycznym;
- dostarczanie krwi i preparatów krwiopochodnych;
- transplantacja organów, tkanek i komórek;
- leczenie obowiązkowe i/lub obowiązkowa izolacja;
- opinie lekarzy orzeczników i orzeczenia dotyczące stopnia niepełnosprawności i długoterminowej utraty zdolności do pracy;
- opłaty za leczenie chorób na warunkach określonych przez ministra zdrowia;
- transport medyczny na warunkach określonych przez ministra zdrowia.

Zakres obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego

Obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne gwarantuje ubezpieczonym bezpłatny dostęp do opieki medycznej poprzez pakiet usług opieki zdrowotnej określonego rodzaju, o określonym zakresie i w określonej ilości, jak również swobodny wybór świadczeniodawcy, który zawarł kontrakt z regionalną kasą ubezpieczeń zdrowotnych.

Prawo wyboru ma zastosowanie na całym terytorium Bułgarii i nie może być ograniczone ze względów geograficznych lub administracyjnych.

Narodowa kasa ubezpieczeń zdrowotnych pokrywa koszty następujących świadczeń medycznych:

1. usługi medyczne i dentystyczne w celu profilaktyki chorób;
2. usługi medyczne i dentystyczne w celu wczesnego wykrywania chorób;
3. opieka ambulatoryjna i hospitalizacja w celu diagnozowania i leczenia chorób;
4. kontynuacja leczenia, leczenie długoterminowe i rehabilitacja medyczna;
5. opieka medyczna w nagłych przypadkach;
6. opieka medyczna w okresie ciąży, porodu i macierzyństwa;
7. opieka medyczna zgodnie z art. 82 ust. 1 pkt 2 ustawy o zdrowiu;
8. aborcja uzasadniona ze względów medycznych lub w przypadku ciąży będącej wynikiem gwałtu;
9. opieka dentystyczna;
10. opieka medyczna w przypadku leczenia w domu;

11. przepisanie i wydanie dozwolonych leków stosowanych w leczeniu domowym na terytorium państwa;
12. przepisanie i wydanie produktów leczniczych i środków spożywczych na specjalne cele medyczne;
13. orzeczenie lekarza o zdolności do pracy;
14. usługi transportu ze względów medycznych;
15. czynności dotyczące ochrony zdrowia zgodnie z art. 82 ust. 2 pkt 2 ustawy o ochronie zdrowia (szpitalna opieka psychiatryczna).

Opieka medyczna, o której mowa w powyższym akapicie, z wyjątkiem pkt 11, 12 i 15, jest definiowana jako pakiet świadczeń podstawowych gwarantowanych przez budżet narodowej kasy ubezpieczeń zdrowotnych. Pakiet świadczeń podstawowych zostanie określony w zarządzeniu ministra zdrowia.

Celem realizacji działań przewidzianych w tej ustawie narodowa kasa ubezpieczeń zdrowotnych i bułgarskie stowarzyszenie medyczne przyjmują i podpisują krajową umowę ramową dotyczącą świadczeń medycznych, zaś narodowa kasa ubezpieczeń zdrowotnych i bułgarskie stowarzyszenie dentystyczne przyjmują i podpisują krajową umowę ramową dotyczącą świadczeń dentystycznych. Krajowe umowy ramowe zawierają:

1. wymogi, które mają spełnić podmioty świadczące opiekę medyczną, jak również procedurę zawierania z nimi kontraktów;
2. poszczególne rodzaje opieki medycznej wchodzące w skład pakietu podstawowego;
3. warunki i procedurę świadczenia opieki w ramach pakietu podstawowego;
4. kryteria jakości i dostępności opieki;
5. przepływ dokumentacji i dokumentów;
6. zobowiązania stron do świadczeń usług informacyjnych i wymiany informacji;
7. inne kwestie istotne z punktu widzenia ubezpieczenia zdrowotnego.

Minister zdrowia wydaje zarządzenie określające listę chorób, w odniesieniu do których leki, produkty medyczne i środki spożywcze do specjalnych celów medycznych w przypadku leczenia w domu są w całości lub częściowo zwracane przez narodową kasę ubezpieczeń zdrowotnych. NHIF pokrywa w całości lub częściowo koszty maksymalnie 3 produktów leczniczych wymienionych na liście w odniesieniu do jednej choroby wymienionej na liście. Narodowa kasa ubezpieczeń zdrowotnych i stowarzyszenia lekarzy i dentystów ustalają ceny produktów leczniczych z producentami i hurtownikami. Zakres udziału narodowej kasy ubezpieczeń zdrowotnych w kosztach produktów wymienionych na liście określa się w rocznej krajowej umowie ramowej.

Za każdą wizytę u lekarza ogólnego, lekarza specjalisty w leczeniu ambulatoryjnym lub lekarza dentystry osoba ubezpieczona uiszcza opłatę w wysokości 1% wynagrodzenia minimalnego.

Jeżeli osoba ubezpieczona wymaga hospitalizacji, musi uiścić opłatę w wysokości 2% krajowego wynagrodzenia minimalnego za każdy dzień hospitalizacji krótszej niż 10 dni w ciągu roku. Po 10 dniu pacjent nie musi już uiszczać opłaty.

Opłaty za świadczenia ambulatoryjnej i szpitalnej opieki zdrowotnej i dentystycznej nie uiszczają:

- osoby cierpiące na choroby wyszczególnione w załączniku do krajowej umowy ramowej;
- małoletni i niepełnosprawni członkowie rodziny;
- ofiary działań związanych z obronnością kraju lub osoby powiązane;

- weterani i inwalidzi wojenni;
- zatrzymani i więźniowie;
- osoby biedne otrzymujące pomoc państwa;
- osoby nieuzyskujące dochodów, mieszkające w domach opieki;
- pracownicy służby zdrowia;
- kobiety w ciąży i młode matki – do 45 dnia po porodzie;
- osoby ubezpieczone z niepełnosprawnością w stopniu znacznym, cierpiące ponadto na określone choroby;
- pacjenci cierpiący na nowotwory złośliwe.

Osoby, które utraciły prawa wynikające z ubezpieczenia zdrowotnego, uiszczają opłaty za świadczone na ich rzecz usługi opieki zdrowotnej.

W jaki sposób można skorzystać z opieki zdrowotnej?

Wybór lekarza ogólnego

Osoby ubezpieczone są uprawnione do swobodnego wyboru lekarza ogólnego świadczącego podstawową opiekę ambulatoryjną oraz lekarza dentystry na terytorium całego kraju. Osoby ubezpieczone mogą zmienić swojego lekarza ogólnego w każdym roku kalendarzowym w okresach od 1 do 30 czerwca oraz od 1 do 31 grudnia. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania osoba ubezpieczona ma prawo wybrać nowego lekarza ogólnego w dowolnym okresie w ciągu roku.

Leczenie dentystryczne

Osoby ubezpieczone są uprawnione do otrzymania opieki dentystrycznej po przedstawieniu swojej historii ubezpieczenia zdrowotnego wybranemu lekarzowi dentyście na terytorium całego kraju.

Opieka ambulatoryjna

Specjalistyczna opieka ambulatoryjna może być świadczona osobom ubezpieczonym, którym lekarz ogólny wydał „medyczne skierowanie na konsultację lub wspólne leczenie”. Z takiego skierowania można skorzystać w ciągu 30 dni kalendarzowych od daty jego wystawienia. Na podstawie skierowania ubezpieczony może skonsultować się ze specjalistą w dowolnym szpitalu, który podpisał kontrakt z regionalną kasą ubezpieczeń zdrowotnych.

Dostęp do placówek opieki szpitalnej

Lekarze i dentyści mogą kierować pacjentów do wybranej placówki służby zdrowia świadczącej opiekę szpitalną w całym kraju. Szpital (lub przychodnia lekarska) musi mieć podpisany kontrakt z regionalną kasą ubezpieczeń zdrowotnych. Począwszy od 2011 r. pacjenci mają możliwość wyboru zespołu lekarzy i pielęgniarek w danej placówce służby zdrowia.

Rozdział III: Świadczenia pieniężne z tytułu choroby

Kiedy osoba ma prawo do świadczeń pieniężnych z tytułu choroby?

System publicznego ubezpieczenia społecznego zapewnia świadczenia ubezpieczenia społecznego oraz świadczenia pieniężne ubezpieczonym pracownikom najemnym za okresy tymczasowej niezdolności do pracy, w których wracają do zdrowia i nie uzyskują żadnych dochodów z pracy.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Osoby ubezpieczone są uprawnione do świadczeń z tytułu tymczasowej niezdolności do pracy z powodu:

- choroby;
- wypadku – z wyjątkiem wypadków związanych z pracą;
- badania w związku z chorobą;
- kwarantanny;
- ciąży;
- macierzyństwa;
- przeniesienia na inne stanowisko pracy – choroba;
- przeniesienia na inne stanowisko pracy – ciąża;
- leczenia sanatoryjnego w przypadku choroby;
- towarzyszenia dziecku w wieku do trzech lat podczas pobytu w szpitalu;
- sprawowania opieki nad dzieckiem w wieku do 18 lat;
- sprawowania opieki nad osobą chorą w wieku powyżej 18 lat.

Dzienne świadczenie pieniężne z tytułu tymczasowej niezdolności do pracy spowodowanej chorobą ogólną stanowi 80%, zaś z tytułu tymczasowego inwalidztwa spowodowanego wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową – do 90%, średniego dziennego wynagrodzenia brutto lub średniego dziennego dochodu podlegającego oskładkowaniu za ostatnie 18 miesięcy, od którego odprowadzane są należne składki.

Świadczenia pieniężne z tytułu tymczasowej niezdolności do pracy z powodu choroby ogólnej, wypadku przy pracy i choroby zawodowej są wypłacane od pierwszego dnia wystąpienia zdarzenia aż do wyzdrowienia lub orzeczenia trwałego inwalidztwa.

Do 31 grudnia 2012 r. pracodawca wypłaca świadczenie pieniężne z tytułu choroby za pierwszy, drugi i trzeci dzień tymczasowej nieaktywności zawodowej w kwocie równej 70% średniego wynagrodzenia brutto pracownika. Po tym okresie świadczenie wynosi 80% dochodu podlegającego oskładkowaniu i jest wypłacane przez narodowy zakład ubezpieczeń społecznych.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń pieniężnych z tytułu choroby?

Urlop ze względu na tymczasową niezdolność do pracy jest udzielany na podstawie zwolnienia lekarskiego wydawanego przez organy uprawnione do oceny zdolności do pracy. Zwolnienie lekarskie jest wydawane w dniu ustalenia niezdolności do pracy, natomiast urlop może rozpocząć się dzień wcześniej, tego samego dnia lub dzień po przeprowadzeniu badania. Zwolnienie lekarskie powinno wskazywać rodzaj niepełnosprawności, konieczność i rodzaj leczenia oraz okres zwolnienia. Zwolnienie lekarskie należy przedłożyć pracodawcy lub niezwłocznie zawiadomić o nim pracodawcę, w żadnym wypadku nie później niż w ciągu dwóch dni roboczych od jego wystawienia.

Po okazaniu zwolnienia lekarskiego przez pracownika pracodawca musi przyznać mu urlop. Za pierwszy dzień roboczy tymczasowej niezdolności do pracy pracodawca wypłaca ubezpieczonemu średnie dzienne wynagrodzenie brutto za miesiąc, w którym wystąpiła tymczasowa niezdolność do pracy.

Świadczenia pieniężne za drugi dzień i kolejne dni tymczasowej niezdolności do pracy są obliczane przez narodowy zakład ubezpieczeń społecznych i wypłacane na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczonego.

Rozdział IV: Świadczenia z tytułu macierzyństwa i ojcostwa

Kiedy osoba jest uprawniona do świadczeń z tytułu macierzyństwa lub ojcostwa?

Osoby ubezpieczone są uprawnione do otrzymywania świadczenia pieniężnego z tytułu ciąży i urodzenia dziecka zamiast wynagrodzenia, jeżeli były objęte stosownym ubezpieczeniem przez 12 miesięcy.

Świadczenie z tytułu macierzyństwa

Matki objęte ogólnym ubezpieczeniem chorobowym i macierzyńskim są uprawnione do zasiłku pieniężnego z tytułu ciąży i urodzenia dziecka za okres 410 dni kalendarzowych, począwszy od 45 dnia przed wyznaczonym terminem porodu. Jeżeli poród nastąpił przed upływem 45 dni od rozpoczęcia pobierania zasiłku, zasiłek za pozostałe dni można pobrać po urodzeniu dziecka.

Ojciec, który przez co najmniej 12 miesięcy był ubezpieczony w funduszu ogólnych ubezpieczeń chorobowych i macierzyńskich, jest uprawniony do ustawowego zasiłku ojcowskiego przez 15 dni kalendarzowych od dnia narodzin jego dziecka. Wysokość świadczenia wynosi 90% dochodu ojca podlegającego oskładkowaniu za ostatnie 24 miesiące. Za zgodą matki (lub matki adopcyjnej) po ukończeniu przez dziecko 6. miesiąca życia ojciec (lub ojciec adopcyjny) może zamiast matki pobierać stosowne świadczenie przez pozostałe 410 dni.

Po upływie urlopu z tytułu ciąży i urodzenia dziecka matki, które przez co najmniej 12 miesięcy były objęte ogólnym ubezpieczeniem chorobowym i macierzyńskim, mają prawo do otrzymania świadczenia z tytułu sprawowania opieki nad małymi dziećmi w wieku poniżej 2 lat.

Zasiłek macierzyński dla matek nieubezpieczonych

Kobiety ciężarne, których średni miesięczny dochód na członka rodziny jest niższy od określonego poziomu lub równy temu poziomowi, są uprawnione do jednorazowego świadczenia w okresie ciąży, jeżeli nie mają prawa do świadczenia z tytułu ciąży lub urodzenia dziecka zgodnie z kodeksem zabezpieczenia społecznego oraz jeżeli na stałe zamieszkują w Bułgarii. Świadczenie to jest ustalane corocznie stosownie do budżetu państwa Republiki Bułgarii, ale nigdy nie jest niższe od kwoty ustalonej dla poprzedniego roku.

Jeżeli kobieta ciężarna jest ubezpieczona na wypadek chorób ogólnych i macierzyństwa, ale nie jest uprawniona do świadczenia z tytułu ciąży i urodzenia dziecka ze względu na nieuzyskanie wymaganego okresu ubezpieczenia zgodnie z kodeksem zabezpieczenia społecznego, świadczenie jednorazowe jest wypłacane w kwocie proporcjonalnej do liczby dni począwszy od rozpoczęcia urlopu z tytułu macierzyństwa i urodzenia dziecka do osiągnięcia wymaganego okresu ubezpieczenia zgodnie z kodeksem zabezpieczenia społecznego, ale nie dłużej niż przez 45 dni.

Jednorazowe świadczenie z tytułu ciąży jest wypłacane na 45 dni przed przewidywanym terminem porodu.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Dzienne świadczenie pieniężne z tytułu ciąży i urodzenia dziecka ustala się na poziomie 90% średniego wynagrodzenia brutto lub dochodu podlegającego oskładkowaniu za ostatnie 24 miesiące, od którego były płacone i są należne składki. Wysokość świadczenia nie może być niższa od ustawowego wynagrodzenia minimalnego i nie może przekroczyć średniego wynagrodzenia netto.

Wysokość świadczenia z tytułu sprawowania opieki nad małym dzieckiem w wieku do 2 lat jest ustalana w ustawie w sprawie budżetu publicznego ubezpieczenia społecznego i wynosi 240 BGN (123 EUR).

Jeżeli dziecko zostanie oddane do adopcji lub umieszczone w żłobku w całości dotowanym przez państwo, świadczenie zostanie przerwane począwszy od następnego dnia.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu macierzyństwa i ojcostwa?

Warunkiem kwalifikowania się do tego świadczenia jest potwierdzenie urlopu. Organy służby zdrowia wydają zwolnienie lekarskie. Po okazaniu zwolnienia lekarskiego przez pracownika pracodawca musi przyznać mu urlop.

Rozdział V: Świadczenia z tytułu inwalidztwa

Kiedy osoba ma prawo do świadczeń z tytułu inwalidztwa?

Renta inwalidzka

Osoby ubezpieczone są uprawnione do renty inwalidzkiej, jeżeli całkowicie lub częściowo utraciły zdolność do pracy na długi okres lub na stałe.

Ubezpieczeni nabywają prawo do renty inwalidzkiej po spełnieniu następujących wymogów dotyczących opłacania składek:

- do ukończenia 20. roku życia: okres ubezpieczenia nie jest wymagany;
- do ukończenia 25. roku życia: wymagany jest 1 rok ubezpieczenia;
- do ukończenia 30. roku życia: wymaganych jest 3 lat ubezpieczenia;
- powyżej 30. roku życia: wymaganych jest 5 lat ubezpieczenia;
- osoby niepełnosprawne od urodzenia lub, które stały się niepełnosprawne przed rozpoczęciem pracy nabędą uprawnienie do renty inwalidzkiej po roku ubezpieczenia.

Renta inwalidzka jest przyznawana osobom, których zdolność do pracy uległa na stałe ograniczeniu o co najmniej 50%. Uprawnienie do renty nabywa się z dniem wystąpienia inwalidztwa.

W przypadku osób niewidomych od urodzenia lub które straciły wzrok przed wejściem na rynek pracy renta inwalidzka jest wypłacana od dnia złożenia wniosku. Renta jest przyznawana na cały okres inwalidztwa.

Zasiłek z tytułu inwalidztwa

Osoby ubezpieczone są uprawnione do zasiłku z tytułu inwalidztwa spowodowanego chorobą ogólną, jeżeli nie osiągnęły okresu ubezpieczenia wymaganego do przyznania renty inwalidzkiej.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Renta inwalidzka

Wysokość renty inwalidzkiej ze względu na chorobę ogólną stanowi 1,1% całkowitego dochodu stanowiącego podstawę wymiaru renty za każdy rok okresu ubezpieczenia. Ponadto czas zaliczany jako okres ubezpieczenia mnoży się przez współczynnik zależny od stopnia inwalidztwa w następujący sposób:

- stopień inwalidztwa powyżej 90%: 0,9;
- stopień inwalidztwa od 71% do 90%: 0,7;
- stopień inwalidztwa od 50% do 70,99%: 0,5.

Renciści, którzy utracili zdolność do pracy w stopniu powyżej 90% i którzy nieustannie wymagają pomocy osoby trzeciej, otrzymują dodatek do renty w wysokości 75% emerytury socjalnej. Dodatki przysługują do każdej renty, niezależnie od jej rodzaju. Są one wypłacane beneficjentowi, a nie osobie udzielającej pomocy.

Socjalna renta inwalidzka

Prawo do renty socjalnej z tytułu niepełnosprawności przysługuje osobom, które ukończyły 16 lat i które utraciły zdolność do pracy na stałe/są niezdolne do pracy w stopniu powyżej 71%.

Wysokość renty socjalnej z tytułu niepełnosprawności dla osób, które utraciły zdolność do pracy na stałe/są niezdolne do pracy w stopniu powyżej 90%, wynosi 120%. Osoby, które na stałe utraciły zdolność do pracy w stopniu od 71% do 90%, otrzymują 110% emerytury socjalnej.

Zasiłek z tytułu inwalidztwa

Wysokość zasiłku z tytułu inwalidztwa z powodu choroby ogólnej w przypadku osoby ubezpieczonej, która nie osiągnęła okresów ubezpieczenia wymaganych do otrzymania renty inwalidzkiej z powodu choroby ogólnej, oblicza się, mnożąc dzienną wysokość zasiłku z tytułu tymczasowej niezdolności do pracy przez 60.

Podobnie jak w przypadku renty inwalidzkiej dodatek na pomoc osoby trzeciej jest przyznawany na okres trwania niezdolności do pracy, orzeczonej przez Terytorialną Radę Lekarzy Orzeczników (TEMB) lub Krajową Radę Lekarzy Orzeczników (NEMB), jeżeli osoba nie osiągnęła wieku emerytalnego w danym roku. Jeżeli osoba osiąga wiek emerytalny w okresie określonym w decyzji orzecznika, dodatek na pomoc osoby trzeciej wypłacany jest dożywotnio.

Wypłacanie dodatku na pomoc osoby trzeciej ustaje wraz z ustaniem podstaw do otrzymania świadczenia, np. śmierć beneficjenta, zmiana grupy inwalidzkiej itp.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu inwalidztwa?

Renta inwalidzka

Renta inwalidzka jest przyznawana na podstawie wniosku złożonego do NSII. Do wniosku należy dołączyć decyzję wydaną przez TEMB (NEMB), zawierającą orzeczenie o stopniu inwalidztwa.

Zasiłek z tytułu inwalidztwa

Jeżeli osoba ubezpieczona nie osiągnęła okresów ubezpieczenia wymaganych do przyznania renty inwalidzkiej z powodu choroby ogólnej, zasiłek z tytułu inwalidztwa przyznaje się na wniosek złożony w oddziale terytorialnym narodowego zakładu ubezpieczeń społecznych (NSII).

Do wniosku należy dołączyć następujące dokumenty:

- dokumentację potwierdzającą staż składkowy (pracy) do dnia wystąpienia inwalidztwa;
- dokumentację potwierdzającą wynagrodzenie lub dochód brutto, od którego odprowadzano składki na ubezpieczenie;

- decyzję wydaną przez Terytorialną Radę Lekarzy Orzeczników (TEMB) lub Krajową Radę Lekarzy Orzeczników (NEMB).

Rozdział VI: Emerytury i świadczenia z tytułu podeszłego wieku

Kiedy osoba ma prawo do świadczeń z tytułu podeszłego wieku?

O państwową emeryturę można wystąpić po osiągnięciu ustawowego wieku emerytalnego oraz zgromadzeniu określonej liczby lat ubezpieczenia:

- mężczyźni są uprawnieni do emerytury po skończeniu 63 lat i 4 miesięcy i zgromadzeniu 37 lat i 4 miesięcy ubezpieczenia;
- kobiety są uprawnione do emerytury po skończeniu 60 lat i 4 miesięcy i zgromadzeniu 34 lat i 4 miesięcy ubezpieczenia;
- osoby, które nie zgromadziły wystarczających okresów ubezpieczenia, są uprawnione do emerytury po skończeniu 65 lat i 4 miesięcy, jeżeli osiągnęły 15 lat ubezpieczenia.

Od dnia 31 grudnia 2011 r. wymagany okres ubezpieczenia będzie zwiększany o 4 miesiące na każdy rok kalendarzowy aż do osiągnięcia 40 lat dla mężczyzn i 37 lat dla kobiet. Od dnia 31 grudnia 2011 r. wiek emerytalny będzie zwiększany o 4 miesiące na każdy rok kalendarzowy aż do osiągnięcia 63 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn. Od tego samego dnia również wiek emerytalny dla osób, które nie zgromadziły wymaganego okresu ubezpieczenia, zacznie się zwiększać o 4 miesiące na każdy rok kalendarzowy aż do osiągnięcia 67 lat.

W przypadku pracowników, w tym pracowników najemnych, okres ubezpieczenia to okres, w którym pracowali w pełnym wymiarze czasu pracy zgodnie z ustawowym wymiarem czasu pracy, jeżeli składki były opłacane i są należne od otrzymywanego wynagrodzenia, które nie może być niższe niż minimalny dochód podlegający oskładkowaniu. Okres ubezpieczenia oblicza się w godzinach, dniach, miesiącach i latach. W przypadku pracowników i pracowników zatrudnionych w niepełnym wymiarze czasu pracy okres ubezpieczenia oblicza się jako iloraz przepracowanych godzin i ustawowego wymiaru czasu pracy.

Prawodawstwo w zakresie ubezpieczenia przewiduje możliwość uznania niektórych okresów za okres ubezpieczenia bez konieczności opłacania składek. Bezskładkowe okresy ubezpieczenia obejmują okresy płatnego i bezpłatnego urlopu na wychowywanie małego dziecka, płatnego i bezpłatnego urlopu z tytułu tymczasowej niezdolności do pracy, płatnego i bezpłatnego urlopu z tytułu ciąży i urodzenia dziecka oraz bezpłatnych urlopów o długości maksymalnie 30 dni roboczych w ciągu roku kalendarzowego, a także okres pobierania zasiłku dla bezrobotnych.

Prawodawstwo w zakresie ubezpieczenia dopuszcza, pod pewnymi warunkami, możliwość zakupienia okresów ubezpieczenia.

Emerytura socjalna

Emerytura socjalna może zostać przyznana osobom w wieku 70 lat, których roczny dochód na członka rodziny jest niższy od gwarantowanego dochodu minimalnego (65 BGN, tj. 33 EUR). Emerytura socjalna jest specjalnym rodzajem emerytury niezwiązanym z zatrudnieniem. Uprawnienie do tego świadczenia przyznawane jest osobom, które nie są uprawnione do emerytury ze względu na niewystarczający okres

ubezpieczenia. Emerytura socjalna jest wypłacana z budżetu państwa, a nie przez fundusze emerytalno-rentowe. Emerytura socjalna jest rodzajem pomocy socjalnej, którą określa się jako emeryturę ze względu na jej regularność (wypłaty comiesięczne) oraz fakt, że zarządzana jest przez administrację agencji pomocy społecznej.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Podstawę wymiaru ustawowej emerytury ustala się jako iloczyn krajowego średniego dochodu miesięcznego podlegającego oskładkowaniu (w okresie 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających przyznanie emerytury) i indywidualnego współczynnika osoby ubezpieczonej. Współczynnik indywidualny określa się na podstawie średniego miesięcznego dochodu podlegającego oskładkowaniu osoby ubezpieczonej.

Następnie mnoży się podstawę wymiaru przez 1,1% za każdy rok ubezpieczenia oraz proporcjonalną kwotę dla każdego dodatkowego miesiąca ubezpieczenia. Ponadto podstawę wymiaru mnoży się przez 4% za każdy rok ubezpieczenia w przypadku osób, które zgromadziły okres ubezpieczenia wynoszący 37 lat i 4 miesiące dla mężczyzn i 34 lata i 4 miesiące dla kobiet, ale które kontynuują pracę po osiągnięciu wieku emerytalnego i nie pobierają emerytury.

Wysokość emerytury nie może być niższa od ustalonej kwoty i nie może przekroczyć maksymalnego progu. Wysokość emerytury minimalnej jest ustalana w ustawie w sprawie budżetu publicznego ubezpieczenia społecznego i wynosi 145 BGN (74 EUR). Wysokość emerytury maksymalnej (dla wszystkich rodzajów emerytur) ustala się na poziomie 35% maksymalnego dochodu podlegającego oskładkowaniu za poprzedni rok. W 2011 r. maksymalny dochód podlegający oskładkowaniu wynosił 2 000 BGN (1 023 EUR), zaś w 2012 r. wysokość emerytury maksymalnej wynosi 700 BGN (358 EUR).

Wszystkie emerytury przyznane przed dniem 31 grudnia poprzedniego roku podlegają corocznej waloryzacji w dniu 1 lipca na mocy decyzji rady nadzorczej narodowego zakładu ubezpieczeń społecznych. Waloryzacja jest równa wskaźnikowi cen konsumpcyjnych za ostatni poprzedzający rok kalendarzowy. Ze względu na ograniczenia budżetowe od dnia 1 lipca 2009 r. emerytury nie były waloryzowane.

System emerytur uzupełniających opiera się na kwotach zgromadzonych na indywidualnych kontach osobistych.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu podeszłego wieku?

Aby otrzymać emeryturę, osoba ubezpieczona musi złożyć wniosek w oddziale regionalnym narodowego zakładu ubezpieczeń społecznych (NSII). Do wniosku należy dołączyć następujące dokumenty:

- książeczkę pracy, książeczkę ubezpieczenia lub zaświadczenie o długości stażu; lub
- wynagrodzenie lub dochód brutto, od którego odprowadzano składki na ubezpieczenie przez trzy kolejne lata w ciągu ostatnich 15 lat ubezpieczenia do dnia 1 stycznia 1997 r. wybrane przez ubezpieczonego lub dochód, od którego odprowadzano składki na ubezpieczenie od tego dnia do momentu osiągnięcia wieku emerytalnego przez daną osobę.

Jeżeli wniosek do NSII został złożony w terminie sześciu miesięcy przed datą zakończenia ubezpieczenia, świadczenia zostaną przyznane od dnia zakończenia ubezpieczenia. Jeżeli wniosek do NSII został złożony w ciągu sześciu miesięcy po dacie zakończenia ubezpieczenia, świadczenie jest przyznawane od dnia złożenia wniosku.

Emerytura minimalna jest przyznawana w ciągu miesiąca od złożenia wniosku, zaś rzeczywista emerytura jest obliczana i przyznawana w późniejszym okresie.

Emerytura socjalna

- Dokumenty konieczne do ubiegania się o emeryturę socjalną: wniosek o przyznanie emerytury socjalnej, przygotowany na podstawie modelu zatwierdzonego przez NSII;
- oświadczenie o sytuacji rodzinnej i stanie majątkowym;
- oświadczenie o rocznych dochodach członków rodziny za 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.

Przy definiowaniu rocznych dochodów członków rodziny za członków rodziny uważa się: męża, żonę i dzieci stanu wolnego do ukończenia 18. roku życia, jak również niepełnosprawne dzieci powyżej 18 lat, jeżeli nie uzyskują żadnego innego dochodu i są stanu wolnego.

Emerytura socjalna jest świadczeniem dożywotnim. Uprawnienie ustaje wraz ze śmiercią osoby uprawnionej.

Rozdział VII: Renty rodzinne

Kiedy osoba ma prawo do renty rodzinnej?

Prawo do renty rodzinnej przysługuje dzieciom, pozostałemu przy życiu współmałżonkowi oraz rodzicom zmarłego ubezpieczonego.

Dzieci mają prawo do renty rodzinnej do ukończenia 18. roku życia. Po skończeniu 18 lat dzieci zmarłego ubezpieczonego, pod warunkiem że kontynuują naukę, mogą otrzymywać rentę rodzinną za okres pobierania nauki do ukończenia 26 lat. Pozostałe przy życiu dzieci zmarłego ubezpieczonego, które stały się niepełnosprawne przed ukończeniem 18. roku życia, również są uprawnione do otrzymywania renty rodzinnej do ukończenia 26 lat.

Pozostały przy życiu współmałżonek ma prawo do renty rodzinnej 5 lat przed ukończeniem wieku uprawniającego do emerytury (63 lata i 4 miesiące dla mężczyzn oraz 60 lat i 4 miesiące dla kobiet) lub przed osiągnięciem tego wieku, jeśli utracił zdolność do pracy.

Rodzicom przysługuje renta rodzinna po śmierci dzieci, jeśli osiągnęli wiek uprawniający do emerytury.

Renta rodzinna z tytułu podeszłego wieku i inwalidztwa

Po śmierci osoby ubezpieczonej spadkobiercy otrzymują rentę równoważną rencie osobistej (tj. rentom z tytułu chorób ogólnych, wypadków przy pracy lub chorób zawodowych), jaką zmarły otrzymywałby jako osoba niepełnosprawna, która utraciła zdolność do pracy w stopniu co najmniej 90%.

Jeżeli zmarły nabył prawo do renty ze względu na zgromadzone okresy ubezpieczenia oraz wiek, spadkobiercy otrzymują rentę rodzinną obliczaną na podstawie renty należnej ze względu na zgromadzone okresy ubezpieczenia i wiek, jeżeli to rozwiązanie jest dla nich bardziej korzystne.

W przypadku śmierci beneficjenta, który otrzymywał rentę inwalidzką z tytułu choroby ogólnej lub rentę osobistą obliczoną na podstawie zgromadzonych okresów ubezpieczenia i wieku, renta inwalidzka jest przyznawana jako odsetek otrzymywanej renty w zależności od jej rodzaju, jak wskazano poniżej.

Dodatek dla osób pozostałych przy życiu

Renciści, których współmałżonek zmarł, są uprawnieni do otrzymania dodatku do renty, tzw. dodatku dla osób pozostałych przy życiu. Dodatki dla osób pozostałych przy życiu są wypłacane wyłącznie jako dodatek do innej renty. Osoby, które nie są uprawnione do renty na innej podstawie, nie mają też prawa do tego dodatku.

- Osoba pozostała przy życiu musi zatem spełnić kilka warunków, aby otrzymać dodatek do renty: osoba pozostała przy życiu musi otrzymywać rentę osobistą lub rodzinną dowolnego rodzaju;
- osoba pozostała przy życiu nie może zawrzeć ponownego małżeństwa po śmierci współmałżonka, w przeciwnym razie wypłata dodatku ustaje z dniem zawarcia małżeństwa;

- osoba pozostała przy życiu nie może otrzymywać renty rodzinnej po osobie zmarłej.

Świadczenie to stanowi odsetek renty pobieranej przez zmarłego współmałżonka i jest wypłacane jako pomoc dla pozostałego przy życiu współmałżonka. Beneficjent jest uprawniony do dodatku w wysokości 20% renty lub rent otrzymywanych przez zmarłego współmałżonka (kwota ta będzie zwiększana do 40% w 2015 r.). Przy obliczaniu wysokości tego dodatku nie uwzględnia się ewentualnych dodatków do renty zmarłego współmałżonka. Jeżeli zmarły współmałżonek nigdy nie otrzymywał renty, dodatek dla osób pozostałych przy życiu oblicza się na podstawie renty lub sumy rent, do których osoba zmarła miałaby prawo.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Rentę rodzinną oblicza się jako odsetek renty osobistej przysługującej zmarłemu ubezpieczonemu w następujący sposób:

1. jeden spadkobierca – 50%;
2. dwoje spadkobierców – 75%;
3. troje i więcej spadkobierców – 100%.

W przypadku śmierci obydwójga rodziców (lub rodziców adopcyjnych), dzieci mają prawo do renty rodzinnej obliczonej jako suma rent przysługujących zmarłym rodzicom.

W jaki sposób można skorzystać z renty rodzinnej?

Renta rodzinna jest przyznawana na podstawie wniosku złożonego we właściwym oddziale regionalnym narodowego zakładu ubezpieczeń społecznych (NSII). Do wniosku należy dołączyć następujące dokumenty:

- poświadczenie dziedziczenia;
- wydane przez szkołę potwierdzenie kontynuowania nauki przez dzieci;
- decyzję orzecznika dotyczącą dzieci, które stały się niepełnosprawne przed ukończeniem 18. roku życia lub 26. roku życia, jeśli niepełnosprawność wystąpiła w okresie szkolenia lub służby wojskowej;
- decyzję orzecznika dotyczącą pozostałych przy życiu współmałżonków, którzy nie osiągnęli **wymaganego wieku** i są niezdolni do pracy;
- potwierdzenie, że dzieci nie zostały adoptowane i oświadczenie stwierdzające, że pozostały przy życiu współmałżonek nie wstąpił w ponowny związek małżeński;
- potwierdzenie dotyczące rodziców, że nie otrzymują renty osobistej i nie zostali pozbawieni praw rodzicielskich oraz dokument potwierdzający, że są oni rodzicami;
- dokument wydany lub poświadczony przez odpowiedni wydział wojskowy, stwierdzający, że śmierć nastąpiła podczas pełnienia służby wojskowej – dotyczy rodziców osoby, która zmarła podczas pełnienia służby wojskowej;
- dokumenty potwierdzające okresy ubezpieczenia zmarłego – książeczka pracy, książeczka ubezpieczenia oraz oświadczenie w sprawie okresów ubezpieczenia, jeżeli zmarły nie był rencistą/emerytem.

Rozdział VIII: Świadczenia z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych

Kiedy osoba jest uprawniona do świadczeń z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych?

Wszystkie osoby pracujące na podstawie umów o pracę, umów zlecenie, na stanowiskach obieralnych, w spółdzielniach lub na podstawie kontraktów menedżerskich są obowiązkowo ubezpieczone w funduszu ubezpieczeń od wypadków przy pracy i chorób zawodowych. Ubezpieczenie obejmuje ryzyko inwalidztwa, śmierci, tymczasowej niezdolności do pracy oraz tymczasowej niepełnosprawności w wyniku wypadku przy pracy lub choroby zawodowej.

Wysokość składek na ubezpieczenie społeczne odprowadzanych przez ubezpieczycieli określa się jako odsetek miesięcznego dochodu osoby ubezpieczonej podlegającego oskładkowaniu.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Niezależnie od długości okresu ubezpieczenia osoba ubezpieczona jest uprawniona do:

- świadczeń pieniężnych w przypadku pilnie potrzebnych badań lekarskich i laboratoryjnych oraz leczenia;
- leczenia sanatoryjnego;
- świadczeń pieniężnych z tytułu tymczasowego inwalidztwa w wyniku wypadku przy pracy lub choroby zawodowej;
- świadczeń pieniężnych na badania profilaktyczne i rehabilitację;
- renty inwalidzkiej w wyniku wypadku przy pracy lub choroby zawodowej;
- świadczeń pieniężnych na środki pomocnicze związane z inwalidztwem.

Dzienne świadczenie pieniężne z tytułu tymczasowej niezdolności do pracy w wyniku wypadku przy pracy lub choroby zawodowej oblicza się jako 90%, średniego dziennego wynagrodzenia brutto lub średniego dziennego wynagrodzenia podlegającego oskładkowaniu za ostatnie 18 miesięcy, od którego odprowadzane są należne składki. Wypłaca się je od dnia wystąpienia zdarzenia aż do wyzdrowienia lub przyznania renty inwalidzkiej. Jeżeli tymczasowe inwalidztwo wystąpiło w ciągu 30 dni od zakończenia umowy o pracę lub ubezpieczenia, świadczenie pieniężne jest wypłacane za okres niezdolności, ale nie dłużej niż przez 30 dni kalendarzowych.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych?

Aby nabyć uprawnienie do świadczeń, konieczne jest potwierdzenie urlopu z tytułu tymczasowego inwalidztwa za pomocą zwolnienia lekarskiego. Zwolnienie lekarskie jest wydawane w dniu ustalenia inwalidztwa, natomiast urlop może się rozpocząć dzień wcześniej, tego samego dnia lub dzień po przeprowadzeniu badania. Zwolnienie lekarskie powinno wskazywać rodzaj niepełnosprawności, konieczność i rodzaj leczenia oraz okres zwolnienia.

Zwolnienie lekarskie należy przedłożyć pracodawcy lub poinformować o nim pracodawcę niezwłocznie, a w żadnym wypadku nie później niż w ciągu dwóch dni roboczych od jego wystawienia. Pracodawca ma obowiązek przyznać taki urlop i musi wypłacać osobie ubezpieczonej średnie dzienne wynagrodzenie brutto za pierwszy dzień roboczy okresy tymczasowego inwalidztwa.

Świadczenia pieniężne za drugi dzień i kolejne dni tymczasowego inwalidztwa są obliczane przez narodowy zakład ubezpieczeń społecznych i wypłacane na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczonego.

Do końca 2012 r. za pierwszy, drugi i trzeci dzień tymczasowej niezdolności do pracy pracodawca będzie wypłacał 70% średniego wynagrodzenia brutto. Począwszy od czwartego dnia narodowy zakład ubezpieczeń społecznych (NSII) będzie pokrywał wypłatę świadczeń pieniężnych w wysokości 90% średniego wynagrodzenia brutto.

Rozdział IX: Świadczenia rodzinne

Kiedy osoba ma prawo do świadczeń rodzinnych?

Świadczenia rodzinne i niektóre świadczenia macierzyńskie są uznawane za świadczenia rodzinne do celów przepisów UE w sprawie koordynacji.

Świadczenia rodzinne obejmują świadczenia pieniężne i rzeczowe i mają na celu zapewnienie wsparcia finansowego w przypadku ciąży, urodzenia i wychowywania dziecka. Są one wypłacane jednorazowo lub comiesięcznie.

Następujące kategorie osób są uprawnione do świadczeń rodzinnych:

- kobiety ciężarne – obywatelki Bułgarii;
- rodziny obywateli Bułgarii – w przypadku dzieci wychowywanych w kraju;
- rodziny, w których jedno z rodziców jest obywatelem Bułgarii – w przypadku dzieci z bułgarskim obywatelstwem, wychowywanych w kraju;
- rodziny krewnych lub rodziny zastępcze – w przypadku dzieci umieszczonych w tych rodzinach zgodnie z ustawą o ochronie dzieci;
- kobiety ciężarne – obcokrajowcy i rodziny obcokrajowców, którzy na stałe zamieszkują i wychowują swoje dzieci w kraju, jeżeli uprawnienie do takich świadczeń wynika z innego prawa lub traktatu międzynarodowego, którego Bułgaria jest stroną.

Aby uzyskać prawo do świadczeń rodzinnych, średni dochód miesięczny na członka rodziny za ostatnie 12 miesięcy musi być mniejszy od dochodu lub równy dochodowi określonymu do tego celu w ustawie w sprawie budżetu państwa Republiki Bułgarii na dany rok (350 BGN, tj. 179 EUR). Ocena zasobów finansowych ma zastosowanie wyłącznie do miesięcznego zasiłku na dzieci do ukończenia przez nie szkoły średniej, ale nie dłużej niż do ukończenia 20 roku życia, do celowego zasiłku na wychowanie dzieci poniżej 1. roku życia oraz do celowego zasiłku na dzieci zapisane do pierwszej klasy.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Świadczenia rodzinne obejmują:

- ryczałtowy zasiłek z tytułu ciąży;
- ryczałtowy zasiłek z tytułu urodzenia dziecka;
- ryczałtowy zasiłek na wychowanie bliźniąt w wieku poniżej 1 roku życia;
- ryczałtowe zasiłki na wychowanie dziecka w wieku poniżej 1 roku życia dla matek, które studiują w trybie dziennym;
- miesięczne zasiłki na dzieci do ukończenia przez nie szkoły średniej, ale nie dłużej niż do ukończenia 20. roku życia;
- miesięczne zasiłki na wychowanie dziecka w wieku poniżej 1. roku życia;
- celowe zasiłki na dzieci zapisane do pierwszej klasy;
- celowa pomoc na bezpłatne korzystanie z krajowego transportu kolejowego i autobusowego dla matek posiadających dużo dzieci;

- miesięczne zasiłki na dzieci dotknięte trwałym inwalidztwem w wieku poniżej 18 lat i do ukończenia szkoły średniej, ale nie dłużej niż do ukończenia 20. roku życia.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń rodzinnych?

Świadczenia rodzinne na dzieci przyznają dyrekcje pomocy społecznej (SAD) na podstawie wniosku złożonego na formularzu zatwierdzonym przez ministerstwo pracy i polityki społecznej. Wniosek składa matka lub inny przedstawiciel ustawy dziecka.

Do wniosków o ryczałtowy zasiłek z tytułu urodzenia dziecka należy dołączyć następujące dokumenty:

- oryginał aktu urodzenia dziecka, którego dotyczy wniosek o pomoc;
- kopie aktów urodzenia wszystkich dzieci urodzonych przez matkę.

Uprawnienie do świadczenia powstaje z dniem urodzenia dziecka, chyba że zostało ono oddane pod opiekę specjalnej placówki dla dzieci. O świadczenie można ubiegać się w ciągu trzech lat od zakończenia miesiąca, w którym urodziło się dziecko.

Do wniosków o świadczenia rodzinne na dzieci poniżej 18. roku życia należy dołączyć:

- zaświadczenie o miesięcznych dochodach rodziny brutto za sześć miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc złożenia wniosku (w przypadku pracowników najemnych i pracowników służby cywilnej). Zaświadczenie musi wyszczególniać dochód z rent, świadczeń i stypendiów;
- oficjalne zaświadczenie ze szkoły, do której uczęszcza dziecko, potwierdzające, że dziecko jest uczniem tej szkoły i uczęszcza regularnie na zajęcia.

Do wniosków o miesięczne zasiłki na dzieci poniżej 1 roku życia należy dołączyć:

- zaświadczenie o miesięcznych dochodach rodziny brutto za sześć miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc złożenia wniosku;
- kopię aktu urodzenia dziecka.

Rozdział X: Bezrobocie

Kiedy osoba ma prawo do świadczeń z tytułu bezrobocia?

Każda osoba, za którą pracodawca opłaca składki na ubezpieczenie od utraty pracy, jest ubezpieczona od ryzyka utraty pracy. Pracodawcy mają obowiązek opłacania składek od dnia otrzymania umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub umowy o kontroli.

Osoby, które wpłacały składki do funduszu ubezpieczeń od utraty pracy przez co najmniej 9 miesięcy w ciągu 15 miesięcy poprzedzających zakończenie ubezpieczenia, są uprawnione do świadczeń z tytułu bezrobocia, pod warunkiem że:

- zarejestrowały się jako bezrobotni w agencji ds. zatrudnienia;
- nie przyznano im okresu ubezpieczenia ani wcześniejszej emerytury z tytułu podeszłego wieku lub choroby zawodowej;
- nie są zatrudnione.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Osoby ubezpieczone mają prawo do:

- informacji na temat wolnych stanowisk pracy;
- pomocy w znalezieniu odpowiedniego zatrudnienia;
- świadczeń i zasiłku z tytułu bezrobocia.

Świadczenia z tytułu bezrobocia są wypłacane przez okres od 4 do 12 miesięcy, w zależności od długości całkowitego okresu ubezpieczenia osoby:

- w przypadku dochodu podlegającego oskładkowaniu uzyskiwanego przez maksymalnie 3 lata – świadczenia są wypłacane przez 4 miesiące;
- od 3 do 5 lat – świadczenia są wypłacane przez 6 miesięcy;
- od 5 do 10 lat – świadczenia są wypłacane przez 8 miesięcy;
- od 10 do 15 lat – świadczenia są wypłacane przez 9 miesięcy;
- od 15 do 20 lat – świadczenia są wypłacane przez 11 miesięcy;
- ponad 25 lat – świadczenia są wypłacane przez 12 miesięcy.

Dzienne świadczenie z tytułu bezrobocia wynosi 60% średniego wynagrodzenia lub średniego dochodu podlegającego oskładkowaniu, od którego odprowadzane były należne składki na ubezpieczenie od utraty pracy za 24 miesiące kalendarzowe poprzedzające miesiąc zakończenia ubezpieczenia. Świadczenie nie może być niższe od ustalonej kwoty minimalnej. Minimalna kwota dzienna świadczenia z tytułu bezrobocia jest określana corocznie w ustawie w sprawie budżetu publicznego ubezpieczenia społecznego (7,2 BGN (3,68 EUR)).

Osoby bezrobotne, które zrezygnowały z pracy dobrowolnie, wyraziły na to zgodę lub zostały zwolnione dyscyplinarnie, otrzymują minimalną kwotę świadczenia z tytułu bezrobocia przez okres 4 miesięcy.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu bezrobocia?

Świadczenie z tytułu bezrobocia przyznaje się na podstawie wniosku złożonego w oddziale regionalnym narodowego zakładu ubezpieczeń społecznych (NSII). Wniosek należy złożyć osobiście w oddziale właściwym dla miejsca stałego lub obecnego zamieszkania. Świadczenie z tytułu bezrobocia jest wypłacane od dnia zakończenia ubezpieczenia, jeżeli wniosek zostanie złożony w terminie trzech miesięcy od tej daty. Jeżeli wniosek zostanie złożony po tej dacie z powodów, które są niemożliwe do zaakceptowania, świadczenie pieniężne jest przyznawane na czas określony skrócony o okres opóźnienia.

Świadczenia pieniężne z tytułu bezrobocia są wypłacane przez narodowy zakład ubezpieczeń społecznych na rachunek bankowy wskazany przez beneficjenta.

Rozdział XI: Świadczenia minimalne z pomocy społecznej

Kiedy osoba jest uprawniona do świadczeń minimalnych z pomocy społecznej?

Pieniężne lub rzeczowe świadczenia socjalne uzupełniają lub zapewniają dochód na zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych oraz nieprzewidzianych potrzeb osób i rodzin. Świadczenia socjalne zapewniają osobom, które wyczerpały wszystkie inne możliwości samodzielnego utrzymania się i uzyskania wsparcia od krewnych.

Osoby lub rodziny, których dochód za ostatni miesiąc jest niższy niż określony, zróżnicowany dochód minimalny, są uprawnione do świadczenia miesięcznego.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Rada ministrów określa miesięczną wysokość gwarantowanego dochodu minimalnego (GMI), który służy jako podstawa do określania wysokości pomocy społecznej. GMI wynosi 65 BGN (33 EUR).

Osoby i rodziny o niskich dochodach mają prawo do miesięcznej pomocy społecznej, celowych świadczeń pomocy społecznej na pokrycie określonych potrzeb związanych z dojazdami, złym stanem zdrowia, leczeniem za granicą, zamieszkaniem itp. lub ryczałtowych świadczeń pomocy społecznej na pokrycie potrzeb nadzwyczajnych.

Ponadto osoby i rodziny uzyskujące dochód poniżej określonego poziomu mogą otrzymać dodatek na ogrzewanie na okres 5 kolejnych miesięcy (od listopada do marca). Wysokość miesięcznego dodatku na ogrzewanie określa minister pracy i polityki społecznej.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń minimalnych z pomocy społecznej?

Świadczenia społecznej przyznawane są na wniosek złożony przez osoby potrzebujące lub ich upoważnionych pełnomocników. Przy przyznawaniu pomocy uwzględnia się następujące aspekty:

- dochód osoby lub rodziny;
- status majątkowy osoby;
- sytuację rodzinną osoby;
- stan zdrowia osoby;
- wszelkie zobowiązania zawodowe lub edukacyjne;
- wiek;
- inne okoliczności.

Świadczenia społeczne są zwolnione z podatków i opłat.

Osoby niepełnosprawne w wieku produkcyjnym, które otrzymują miesięczne zasiłek i nie uczestniczą w programach zatrudnienia, są zobowiązane do wykonywania prac społecznych przez okres 14 dni przez 4 godziny dziennie w ramach organizowanych przez administrację lokalną programów na rzecz świadczenia usług socjalnych, ochrony środowiska, budowy i kanalizacji osiedli oraz innych programów prac społecznych.

Rozdział XII: Opieka długoterminowa

Kiedy osoba uprawniona ma prawo do opieki długoterminowej?

Opieka długoterminowa jest konieczna, jeżeli dana osoba cierpi na chorobę lub jest dotknięta niepełnosprawnością, które uniemożliwiają jej wykonywanie codziennych czynności, i istnieje prawdopodobieństwo, że taka niepełnosprawność będzie miała charakter długoterminowy. W przypadku osób starszych jest to zazwyczaj spowodowane rosnącą słabością wynikającą ze starzenia się lub przewlekłymi następstwami poważnych chorób, takich jak udar, upadek lub ostry artretyzm. Opieka długoterminowa może być również wymagana, jeżeli dana osoba jest niepełnosprawna umysłowo. Osoby starsze najczęściej cierpią na chorobę Alzheimera.

W Bułgarii opieka długoterminowa jest częścią sektora pomocy społecznej. Sektor zabezpieczenia społecznego, oparty na zasadzie opłacania składek na ubezpieczenie od szeregu zagrożeń społecznych, nie zapewnia obecnie ochrony socjalnej w postaci opieki długoterminowej.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Opieka długoterminowa jest świadczona w ramach jednego z następujących programów państwowych:

- dodatki do renty na pomoc osoby trzeciej przysługują rencistom, którzy utracili zdolność do pracy w stopniu powyżej 90% i którzy nieustannie wymagają pomocy osoby trzeciej. Otrzymują oni dodatek do renty w wysokości 75% emerytury socjalnej;
- krajowy program „Asystenci osób niepełnosprawnych” zapewnia opiekę w środowisku rodzinnym osobom niepełnosprawnym lub ciężko chorym. Celem programu jest zapewnienie osobom niepełnosprawnym pracy w charakterze asystenta osobistego lub socjalnego. Asystent osobisty pomaga rodzinom z osobą niepełnosprawną wymagającą stałej opieki. Asystenci socjalni pomagają osobom niepełnosprawnym, ciężko chorym, chorym lub samotnym w wykonywaniu codziennych czynności, organizowaniu czasu wolnego i realizacji działań na rzecz włączenia społecznego. Program jest finansowany z budżetu państwa;
- program „asystent osobisty”, wdrażany przez agencję pomocy społecznej i władze lokalne, promuje włączenie społeczne osób niepełnosprawnych i osób cierpiących na ciężkie choroby poprzez zapewnianie im stałej opieki, co pozwala na zaspokojenie ich codziennych potrzeb. Program jest finansowany przez Europejski Fundusz Społeczny;
- z programu działań „asystenta socjalnego” i „asystenta domowego” finansowane są projekty władz lokalnych i organizacji pozarządowych, które zgłosiły się do realizowania tych działań. Program jest finansowany przez Europejski Fundusz Społeczny;
- specjalistyczne instytucje ds. usług socjalnych podlegające agencji pomocy społecznej świadczą usługi socjalne w domach opieki, w których mieszkają osoby odseparowane od swojego środowiska rodzinnego. Są to placówki opiekuńcze dla dzieci, niepełnosprawnych dorosłych, profesjonalne zakłady edukacji społecznej, domy starości i domy tymczasowego pobytu.

Asystent osobisty sprawuje opiekę nad osobami starszymi i dziećmi z niepełnosprawnością w stopniu znacznym, które wymagają opieki przez cały dzień. Beneficjentami mogą być:

- osoby wymagające stałej opieki, dotknięte trwałym inwalidztwem w co najmniej 90%, które są uprawnione do opieki osoby trzeciej;
- dzieci, których zdolność do przystosowania społecznego jest ograniczona w co najmniej 50% i które są uprawnione do opieki osoby trzeciej;
- osoby lub dzieci, które opuściły specjalistyczne instytucje dla osób niepełnosprawnych.

Asystent socjalny może pracować w niepełnym wymiarze czasu pracy i z jego usług można korzystać wyłącznie w przypadkach umiarkowanych, w których osoba objęta opieką wychodzi z domu w celach towarzyskich, na rehabilitację lub do pracy, jeżeli jest aktywna zawodowo. Beneficjentami mogą być:

- osoby dotknięte trwałym inwalidztwem w co najmniej 90%, którym przyznano opiekę osoby trzeciej;
- dzieci, których zdolność do przystosowania społecznego jest ograniczona w co najmniej 50% i które są uprawnione do opieki osoby trzeciej;
- osoby ciężko chore lub samotne, które nie są w stanie zadbać o siebie;
- osoby/dzieci, które opuściły specjalistyczne instytucje dla osób niepełnosprawnych.

Osoby, które mają prawo skorzystać z usług zarówno asystenta osobistego, jak i asystenta socjalnego, muszą wybrać jednego z nich.

Asystent domowy nie ma żadnych specjalnych kwalifikacji i wykonuje rutynowe czynności w zakresie opieki.

W jaki sposób można skorzystać z opieki długoterminowej?

Dodatek na pomoc osoby trzeciej

Uprawnienie do dodatku na opiekę osoby trzeciej ocenia Terytorialna Rada Lekarzy Orzeczników (TEMB) lub Krajowa Rada Lekarzy Orzeczników (NEMB). Wydają one decyzję, w której stwierdzają, że dana osoba nie jest w stanie zadbać o siebie i wymaga pomocy osoby trzeciej. Przy ubieganiu się o dodatek na pomoc osoby trzeciej należy przedłożyć następujące dokumenty:

- formularz wniosku;
- decyzję TEMB zawierającą wszystkie niezbędne informacje na temat stanu zdrowia beneficjenta, stopnia utraty zdolności do pracy oraz okresu uprawnienia do dodatku;
- decyzję komitetu medycznego regionalnego oddziału narodowego zakładu ubezpieczeń społecznych (NSII).

Usługi socjalne świadczone we współpracy lokalnej

Osoby, które chcą skorzystać z usług socjalnych, składają pisemny wniosek do jednego z poniższych organów:

- dyrektora dyrekcji pomocy społecznej – w przypadku usług socjalnych zapewnianych przez państwo;
- burmistrza miasta – w przypadku usług socjalnych świadczonych przez władze miejskie;
- organu zarządzającego – jeżeli świadczeniodawcą jest osoba fizyczna zarejestrowana na mocy prawa spółek lub osoba prawna.

Załącznik: Dane kontaktowe instytucji i adresy przydatnych stron internetowych

Szczegółową tabelę dotyczącą rozwiązań w zakresie zabezpieczenia społecznego stosowanych w Bułgarii i innych państwach członkowskich można znaleźć na stronie internetowej **MISSOC**:

Aby uzyskać informacje na temat systemów zabezpieczenia społecznego dotyczące większej liczby krajów UE, można zwrócić się do instytucji kontaktowej znajdującej się w spisie instytucji prowadzonym przez Komisję Europejską, dostępnym na następującej stronie internetowej: <http://ec.europa.eu/social-security-directory>

KRAJOWA AGENCJA SKARBOWA

52, Kniaz Dondukov, Blvd.
1000 Sofia, Bułgaria
tel.: (+359 2) 9859 3037
E-mail: infocenter@nra.bg
<http://www.nra.bg>

NARODOWY ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

1303 Sofia
62-64 Alexander Stamboliiski Blvd.
tel.: (+359 2) 926 10 10
E-mail: noi@nssi.bg
<http://www.noi.bg>

NARODOWA KASA UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

1407 Sofia
Ulica Krichim 1
Informacja dla obywateli: tel.: (+359) (0) 800 14 800 - krajowa linia telefoniczna
<http://www.nhif.bg>

MINISTERSTWO PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

Sofia 1051
Ulica Triaditsa 2
tel.: (+359 2) 8119 443; fax: (+359 2) 988 44 05; 986 13 18
E-mail: mlsp@mlsp.government.bg
<http://www.mlsp.government.bg>

KOMISJA NADZORU FINANSOWEGO

1303 Sofia
Ulica Shar Planina 33
operator: (+359 2) 94 04 999
press centre: (+359 2) 94 04 582; fax: (+359 2) 829 43 24
E-mail: bg_fsc@fsc.bg
<http://www.fsc.bg>