

**ОБЩИ УСЛОВИЯ**  
за предоставяне на помощ  
от фондация "ФЮЧЪР ДЖЕНЕРЕЙШЪН", ЕИК 205358697

*Приети от Управителния съвет на фондация "ФЮЧЪР ДЖЕНЕРЕЙШЪН" (наричана по-долу "Фондация/та") на 05.02.2019 г.*

Настоящите Общи условия са приети от Управителния съвет на Фондацията с цел създаване на максимална яснота и прозрачност относно условията и начините за оказване подкрепа от страна на Фондацията, както и отпускането на финансиране, лицата, които се финансират и дейностите, подлежащи на финансиране от Фондацията.

## I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Фондацията е юридическо лице с нестопанска цел със седалище в гр. София, учредено за осъществяване на дейност в обществена полза.
2. Общественополезната дейност на фондацията се осъществява чрез:
  - а. подкрепа на семейства с репродуктивни затруднения чрез насочването им към лечебни заведения в Република Гърция;
  - б. осигуряване на информация и съдействие на български граждани, които желаят да се възползват от прилагане на асистирана репродукция по метода на оплождане "ин витро" в лечебни заведения на територията на Република Гърция;
  - в. финансова подкрепа на семейства с поне един български гражданин с необходимост и желание за прилагане на асистирана репродукция по метода на оплождане "ин витро" в лечебни заведения на територията на Република Гърция.
3. Фондацията си запазва правото да оказва подкрепа и по начин, различен от посочените в т. 2 по-горе, ако Управителният съвет прецени, че по този начин на кандидата ще бъде оказана по-подходяща помощ. В тези случаи кандидатът се уведомява за начина, чрез който е одобрен за подпомагане. За осъществяване на подпомагането е необходимо кандидатът писмено да потвърди, че е съгласен да му бъде оказана помощ по съответния начин.
4. Всеки вид подкрепа и помощ, които Фондацията предоставя, се предоставят на одобрените кандидати безвъзмездно.
  - 5.1. Кандидатите за нефинансова или финансова помощ подават молба за подпомагане по образец, съгласно **Приложение № 1** към настоящите общи условия, към която прилагат необходимите документи. Молбата и приложенията могат да се подават и по електронен път, чрез специално обособената електронна форма на интернет страницата на Фондацията.
  - 5.2. Към молбата по т. 5.1. кандидатите прилагат и Декларация (**Приложение № 3**), с която декларират, че са запознати с настоящите Общи условия и че ги приемат, както и Декларация-съгласие (**Приложение № 5**) техни снимки да бъдат качвани в интернет страницата на Фондацията и в профила на фондацията в социалните мрежи, в случай, че получат помощ или финансиране от Фондацията.

## II. НАСОЧВАНЕ КЪМ ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ В РЕПУБЛИКА ГЪРЦИЯ

6. За подпомагане чрез насочване към лечебни заведения в Република Гърция може да кандидатства всеки член на семейство с репродуктивни затруднения.
7. За получаване на подпомагането по т. 6, кандидатите подават молбата по **Приложение № 1**, в която посочват, че кандидатстват за този вид помощ. Към молбата се

прилага кратко описание на процедурите, през които кандидатът е преминал, във връзка с репродуктивното затруднение, лечебните заведения, в които са извършени съответните процедури, както и декларация-съгласие по образец за обработка на предоставените лични данни на кандидата от Фондацията, съгласно Приложение № 4 към настоящите Общи условия.

8. Молбата с приложенията към нея се разглежда от Управителния съвет на Фондацията в срок от 30 работни дни от постъпването ѝ.

9.1. В случай, че приложенияте документи са недостатъчни за вземане на решение, Управителният съвет може да изиска допълнителни такива и/или да покани кандидата на събеседване.

9.2. В случай, че кандидатът не предостави в определения му срок изискваните допълнителни документи и/или не се яви в определения му ден и час за провеждане на събеседването, Управителният съвет отхвърля молбата за насочването на кандидата към конкретно лечебно заведение.

10. След като разгледа представената молба и приложенията към нея, Управителният съвет взема решение за насочването на кандидата към конкретно лечебно заведение, което намира за най-подходящо предвид индивидуалните потребности на конкретния кандидат, или отказва да направи това.

11. Кандидатът се уведомява писмено, на посочения от него електронен адрес относно решението на Управителния съвет.

### **III. ИНФОРМАЦИЯ И СЪДЕЙСТВИЕ ЗА ПРИЛАГАНЕ НА АСИСТИРАНА РЕПРОДУКЦИЯ "ИН ВИТРО"**

12. За подпомагане чрез осигуряване на информация и съдействие относно прилагане на асистирана репродукция по метода на оплождане "ин витро" в лечебни заведения на територията на Република Гърция могат да кандидатстват български граждани които имат репродуктивни затруднения и желаят да се възползват от този метод.

13. За получаване на подпомагането по т. 12, кандидатите подават молбата по Приложение № 1, в която посочват, че кандидатстват за този вид помощ. Към молбата се прилага кратко описание на процедурите, през които кандидатът е преминал, във връзка с репродуктивното затруднение, лечебните заведения, в които са извършени съответните процедури, декларация-съгласие по образец за обработка на предоставените лични данни на кандидата от Фондацията, съгласно Приложение № 4 към настоящите Общи условия, както и допълнителен лист с описание на конкретната информация и/или съдействие, което желаят да получат от Фондацията.

14. За разглеждането на молбата се прилага съответно редът на точки 8 - 10, включително.

15. В случай, че Фондацията разполага с исканата от кандидата информация, същата се предоставя на посочения от него електронен адрес.

16. В случай, че бъде взето решение за предоставяне на съдействие, това става по най-удобния за Фондацията и кандидата начин.

### **IV. ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ФИНАНСОВА ПОДКРЕПА**

17. За получаване на финансова подкрепа могат да кандидатстват членове на семейства с поне един български гражданин с необходимост и желание за прилагане на асистирана репродукция по метода на оплождане "ин витро".

18. За получаване на финансиране от Фондацията кандидатът подава следните документи:

18.1. молбата по Приложение № 1, в която посочват, че кандидатстват за финансиране, към която прилагат описание на процедурите, през които кандидатът е преминал, във връзка с репродуктивното затруднение, лечебните заведения, в които са извършени съответните процедури, както и всички документи, удостоверяващи извършените процедури и резултатите от тях;

18.2. декларация-съгласие по образец за обработка на предоставените лични данни на кандидата от Фондацията, съгласно Приложение № 4 към настоящите Общи условия;

18.3. декларация-съгласие по Приложение № 2 към настоящите Общи условия, потвърждаващо, че кандидатът е информиран, съгласен е и приема, че в случай, че бъде одобрен за финансиране, е наясно, че:

– предоставеното финансиране е целево и се предоставя еднократно;

– предоставеното финансиране се отнася за конкретно одобрената медицинска услуга в конкретно посочено от Фондацията лечебно заведение (клиника "Якентро", гр. Солун, Република Гърция) и кандидатът не може да има претенции към Фондацията за заплащане на допълнителни услуги, които не са предварително одобрени за финансиране от Управителния съвет;

– финансирането се осъществява като заплащането на предоставените услуги се извършва директно към клиниката или лечебното заведение, което предоставя медицинската услуга;

– ще е необходимо и се задължава да заплати всички транспортни разходи, нощувки и дневни разходи;

– е длъжен да спазва предписанията на лекуващите лекари, а ако не прави това фондацията може да спре финансирането във всеки един етап;

– се задължава да заплати за своя сметка всички извършени до момента процедури, прегледи и други, в случай, че не се яви в уговорения ден и час за преглед и/или извършване на определена процедура;

– е длъжен да съхранява цялата медицинска документация, която му се предоставя от клиниката, както и да предаде копие от нея на Фондацията;

– независимо от крайния резултат от проведеното с финансовата помощ на Фондацията лечение, не може да има каквито и да е претенции към Фондацията за по-нататъшно финансиране, като в случай, че желае по-нататъшно финансиране трябва да кандидатства наново.

18.4. Мотивационно писмо, в което кандидатът представя накратко себе си и семейството си, както и причините да се обърне за финансиране към Фондацията.

19. Молбата с приложенията към нея се разглежда от Управителния съвет на Фондацията в срок от 30 работни дни от постъпването ѝ.

20.1. В случай, че предстои да бъдат разгледани повече от една молби за финансиране едновременно, а набраните средства са достатъчни за финансиране само на един или няколко (но не и всички) кандидати, Управителният съвет провежда докрай процедурата по одобрение, като може да одобри за финансиране само толкова от кандидатите, колкото набраните средства позволяват.

20.2. В случай, че във Фондацията постъпи молба за финансиране, а набраните към момента на постъпването на молбата средства не са достатъчни за финансиране, то кандидатът се уведомява, че молбата му ще бъде разгледана в 30-дневен срок от набирането на необходимите средства.

20.3. Във всички случаи, в които набраните средства са недостатъчни за финансиране, Фондацията може да откаже извършване на финансирането.

20. В случай, че приложените документи не са достатъчни за вземане на решение, Управителният съвет може да изиска допълнителни такива. В случай, че кандидатът не

предостави в определения му срок изискваните допълнителни документи, Управителният съвет може да откаже финансирането.

21. В случай, че кандидатът бъде одобрен по документи, Управителният съвет задължително го кани на събеседване. Целта на събеседването е у членовете на Управителния съвет да се формира представа за личността на кандидата.

22. В случай, че кандидатът не се яви в определения му ден и час за провеждане на събеседването, Управителният съвет може да откаже финансирането.

23. След провеждане на събеседването Управителният съвет взема решение дали Фондацията ще финансира или не кандидата. Решението се съобщава на кандидата.

24. Фондацията не финансира:

- Разходи, свързани с транспорта на бенефициента;
- Разходи, свързани с нощувки на бенефициента;
- Дневни разходи на бенефициента.

25. Финансовата помощ се предоставя директно на лечебното заведение, клиниката или съответния лекар, който ще предостави медицинската услуга.

## **V. ДРУГИ УСЛОВИЯ**

26. В случай, че определен кандидат бъде одобрен и финансиран от Фондацията, в резултат на което последната заплати извършването на преглед, процедура и/или друг вид услуга, за извършването на която кандидатът не се яви в уговорения ден и час, то кандидатът е длъжен да възстанови на Фондацията всички заплатени суми.

27. Лицата, кандидатствали за каквато и да е помощ от Фондацията са длъжни да не разкриват финансова и/или каквато и да било друга информация, включително да не представят пред трети лица документи или копия от такива, които са им станали известни или които са получили по повод цялостните си взаимоотношения с Фондацията.

28. Лицата, получили каквато и да е помощ от Фондацията са длъжни да не уронват престижа и доброто име на Фондацията.

Настоящите Общи условия са приети от Управителния съвет на Фондацията и неразделна част от тях са следните приложения:

***Приложение № 1*** - Молба за подпомагане;

***Приложение № 2*** - Декларация-съгласие за обстоятелствата по т. 18.3 от настоящите Общи условия;

***Приложение № 3*** - Декларация за приемане на Общите условия на Фондация "Фючър Дженерейшън" за предоставяне на помощ;

***Приложение № 4*** - Декларация-съгласие за обработка на личните данни на кандидата от Фондацията

***Приложение № 5*** - Декларация-съгласие за публикуване на снимки на кандидата от Фондацията

	<b>МОЛБА за подпомагане</b>	До Управителния съвет на Фондация "Фючър Джене- рейшън", ЕИК 205358697
--	---------------------------------	---

1. Име, презиме, фамилия на кандидата (на български език):

2. ЕГН на кандидата (за лица без ЕГН - дата на раждане във формат ДД ММ ГГГГ):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Адрес на кандидата на територията на Република България:

Област		Община		Град	
Адрес					

4. Адрес на електронна поща:

Съгласен/съгласна съм да бъда уведомяван/а от Фондацията по електронна поща на посочения по-горе електронен адрес

5. Телефон на кандидата:

Стационарен		Мобилен	
-------------	--	---------	--

6. Моля да бъде подпомогнат/а чрез предоставяне на следния вид помощ от Фондацията:

насочване към лечебно заведение в Република Гърция;  
 осигуряване на информация и съдействие във връзка с прилагане на асистирана репродукция по метода на оплождане "ин витро". Желая да получа следната информация/съдействие:

финансова подкрепа за прилагане на асистирана репродукция по метода на оплождане "ин витро" в лечебни заведения на територията на Република Гърция.

7. Допълнителна информация, която кандидатът смята за относима:

8. Приложения:

Дата:

Подпис:

**ДЕКЛАРАЦИЯ-СЪГЛАСИЕ**  
по т. 18.3 от Общите условия за предоставяне на помощ от  
Фондация "Фючър Дженерейшън"

Долуподписаната/ият, \_\_\_\_\_, ЕГН  
\_\_\_\_\_, притежаващ/а лична карта № \_\_\_\_\_, издадена на  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20\_\_\_\_ г. от МВР - гр. \_\_\_\_\_, с постоянен адрес: \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_,  
тел. \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_, с настоящата

**ДЕКЛАРИРАМ, ЧЕ**

1. Съм наясно, предоставяното финансиране от Фондация "Фючър Дженерейшън" е целево и се предоставя еднократно;
2. Предоставяното финансиране се отнася за конкретно одобрена медицинска услуга в конкретно посочено от Фондацията лечебно заведение (клиника "Якентро", гр. Солун, Република Гърция) и не мога да имам претенции към Фондацията за заплащане на допълнителни услуги, които не са предварително одобрени за финансиране от Управителния съвет на Фондацията;
3. В случай, че бъда одобрен/а за финансиране, последното се осъществява като заплащането на предоставените услуги се извършва директно към клиниката или лечебното заведение, което предоставя медицинската услуга, а не към мен;
4. В случай, че бъда одобрен/а за финансиране се задължавам да заплащам всички транспортни разходи, нощувки и дневни разходи;
5. В случай, че бъда одобрен/а за финансиране съм длъжен/длъжна да спазвам предписанията на лекуващите лекари, а ако не правя това Фондацията може да спре финансирането на лечението във всеки един момент;
6. Задължавам се да заплащам всички извършени до момента процедури, прегледи и други, в случай, че не се яви в уговорения ден и час за преглед и/или извършване на определена процедура;
7. В случай, че бъда одобрен/а за финансиране, съм длъжен/длъжна да съхранявам цялата медицинска документация, която ми се предоставя от клиниката, както и да предаде копие от нея на Фондацията;
8. Независимо от крайния резултат от проведеното с финансовата помощ на Фондацията лечение, нямам и не мога да имам каквито и да е претенции към Фондацията за по-нататъшно финансиране, като в случай, че желая по-нататъшно финансиране трябва да кандидатствам наново.

ДЕКЛАРАТОР: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(три имена, изписани собственоръчно)

**ДЕКЛАРАЦИЯ-СЪГЛАСИЕ**

Долуподписаната/ият, \_\_\_\_\_, ЕГН  
\_\_\_\_\_, притежаваш/а лична карта № \_\_\_\_\_, издадена на  
\_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ г. от МВР - гр. \_\_\_\_\_, с постоянен адрес: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_,  
тел. \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_, с настоящата

**ДЕКЛАРИРАМ, ЧЕ**

Съм запознат/а с Общите условия за предоставяне на помощ от фондация "ФЮЧЪР  
ДЖЕНЕРЕЙШЪН", ЕИК 205358697, и ги приемам.

ДЕКЛАРАТОР: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(три имена, изписани собственоръчно)



**ДЕКЛАРАЦИЯ-СЪГЛАСИЕ**  
за обработка на лични данни

Долуподписаната/ият, \_\_\_\_\_, ЕГН \_\_\_\_\_, притежаващ/а лична карта № \_\_\_\_\_, издадена на \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20 \_\_\_\_ г. от МВР - гр. \_\_\_\_\_, с постоянен адрес: \_\_\_\_\_, тел. \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_, с настоящата

**ДЕКЛАРИРАМ, ЧЕ**

Съм съгласна/съгласен Фондация "ФЮЧЪР ДЖЕНЕРЕЙШЪН", ЕИК 205358697, да обработва личните ми данни, които доброволно предоставям във връзка с кандидатстването ми за предоставяне на помощ от Фондацията съгласно Общите условия за предоставяне на помощ от Фондация "ФЮЧЪР ДЖЕНЕРЕЙШЪН".

Запознат/а съм с:

- целите и средствата на обработка на личните ми данни, както следва:

събирани данни	целите на обработването и правно основание	законни интереси на администратора/	получатели на лични данни
три имена на лицето	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кандидатстване за предоставяне на безвъзмездна помощ</li> <li>• комуникация с мен</li> </ul>	вземане на решение за предоставяне на безвъзмездна финансова и/или друга помощ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• клиника и/или друго лечебно заведение, което ще предоставя медицински услуги;</li> <li>• медицински консултант;</li> <li>• адвокат</li> </ul>
ЕГН			
адрес			
други данни от документ за самоличност			
имейл адрес			
телефон			
медицински документи за здравословното състояние			

- доброволния характер на предоставянето на данните;
- правото ми на достъп и на коригиране на събраните данни.

С настоящата декларация предоставям изричното си съгласие за обработка на личните ми данни при спазване разпоредбите на Регламент (ЕС) 2016/679 и за Закона за защита на личните данни.

ДЕКЛАРАТОР: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(три имена, изписани собственоръчно)

**ДЕКЛАРАЦИЯ-СЪГЛАСИЕ**

Долуподписаната/ият, \_\_\_\_\_, ЕГН  
\_\_\_\_\_, притежаващ/а лична карта № \_\_\_\_\_, издадена на  
\_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ г. от МВР - гр. \_\_\_\_\_, с постоянен адрес: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_,  
тел. \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_, с настоящата

**ДЕКЛАРИРАМ, ЧЕ**

Съм съгласна (съгласен) и давам изричното си съгласие мои снимки да бъдат качвани в интернет страницата на Фондация "ФЮЧЪР ДЖЕНЕРЕЙШЪН", ЕИК 205358697 (www.....), както и в профила на Фондацията в социалните мрежи, в случай, че бъде одобрен/а за финансиране или получа помощ от Фондацията по друг начин.

ДЕКЛАРАТОР: .....