

Drepturile dumneavoastră de securitate socială

în Bulgaria



Europa socială



Comisia Europeană



Informațiile conținute în prezentul ghid au fost compilate și actualizate în strânsă colaborare cu corespondenții naționali ai Sistemului de informare reciprocă privind protecția socială (MISSOC). Informații suplimentare privind rețeaua MISSOC sunt disponibile la adresa <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=815>.

Prezentul ghid oferă o descriere generală a mecanismelor de securitate socială din țările respective. Informații suplimentare pot fi obținute prin intermediul altor publicații MISSOC, toate acestea fiind disponibile la adresa menționată mai sus. De asemenea, puteți contacta autoritățile și instituțiile competente enumerate în anexa I la prezentul ghid.

Nici Comisia Europeană și nici persoanele care acționează în numele Comisiei nu pot fi considerate răspunzătoare pentru modul de utilizare a informațiilor conținute în prezenta publicație.



Cuprins

Capitolul I: Introducere, organizare și finanțare	6
Introducere.....	6
Organizarea protecției sociale	6
Finanțare.....	7
Dreptul dumneavoastră la prestații de securitate socială atunci când vă stabiliți într-o altă țară din Europa.....	8
Capitolul II: Asistență medicală.....	10
Când aveți dreptul la asistență medicală?.....	10
Ce se asigură?	11
Cum puteți beneficia de asistență medicală?	13
Dreptul dumneavoastră la prestații de asistență medicală atunci când vă stabiliți într-o altă țară din Europa.....	13
Capitolul III: Prestații de boală în numerar	14
Când aveți dreptul la prestații de boală în numerar?	14
Ce se asigură?	14
Cum puteți obține prestații de boală în numerar?.....	14
Dreptul dumneavoastră la prestații de boală în numerar atunci când vă stabiliți într-o altă țară din Europa.....	15
Capitolul IV: Prestații de maternitate și paternitate	16
Când aveți dreptul la prestații de maternitate sau paternitate?	16
Ce se asigură?	16
Cum puteți obține prestații de maternitate și paternitate?.....	17
Dreptul dumneavoastră la prestații de maternitate și paternitate atunci când vă stabiliți într-o altă țară din Europa.....	17
Capitolul V: Prestații de invaliditate	18
Când aveți dreptul la prestații de invaliditate?	18
Ce se asigură?	18
Cum puteți obține prestații de invaliditate?	19
Dreptul dumneavoastră la prestații de invaliditate atunci când vă stabiliți într-o altă țară din Europa	19
Capitolul VI: Pensii și prestații pentru limită de vârstă.....	21
Când aveți dreptul la pensii pentru limită de vârstă?.....	21
Ce se asigură?	22



Cum puteți obține pensii pentru limită de vârstă?	22
Dreptul dumneavoastră la prestații pentru limită de vârstă atunci când vă stabiliți într-o altă țară din Europa.....	23
Capitolul VII: Prestații de urmaș.....	24
Când aveți dreptul la prestații de urmaș?	24
Ce se asigură?	25
Cum puteți obține prestații de urmaș?.....	25
Dreptul dumneavoastră la prestații de urmaș atunci când vă stabiliți într-o altă țară din Europa.....	25
Capitolul VIII: Prestații pentru accidente de muncă și boli profesionale	26
Când aveți dreptul la prestații pentru accidente de muncă și boli profesionale?	26
Ce se asigură?	26
Cum puteți obține prestații pentru accidente de muncă și boli profesionale?.....	26
Dreptul dumneavoastră la prestații pentru accidente de muncă și boli profesionale atunci când vă stabiliți într-o altă țară din Europa.....	27
Capitolul IX: Prestații familiale	28
Când aveți dreptul la prestații familiale?.....	28
Ce se asigură?	28
Cum puteți obține prestații familiale?	29
Dreptul dumneavoastră la prestații familiale atunci când vă stabiliți într-o altă țară din Europa.....	29
Capitolul X: Șomaj.....	31
Când aveți dreptul la prestații de șomaj?	31
Ce se asigură?	31
Cum puteți obține prestații de șomaj?	31
Dreptul dumneavoastră la prestații de șomaj atunci când vă stabiliți într-o altă țară din Europa.....	32
Capitolul XI: Resurse minime	33
Când aveți dreptul la prestații pentru resurse minime?.....	33
Ce se asigură?	33
Cum puteți obține prestațiile pentru resurse minime?	33
Dreptul dumneavoastră la prestații pentru resurse minime atunci când vă stabiliți într-o altă țară din Europa.....	34
Capitolul XII: Îngrijire pe termen lung	35



Când aveți dreptul la îngrijire pe termen lung?	35
Ce se asigură?	35
Cum puteți beneficia de îngrijire pe termen lung?	36
Dreptul dumneavoastră la îngrijire pe termen lung atunci când vă stabiliți într-o altă țară din Europa	37
Anexa I: Adrese și site-uri utile.....	38
Anexa II: Prestații în numerar speciale de tip necontributiv	39



Capitolul I: Introducere, organizare și finanțare

Introducere

Sfera protecției sociale din Bulgaria include atât asigurarea socială clasică bazată pe contribuții, regimurile de securitate socială de tip necontributiv și asistența socială, inclusiv sistemul de servicii sociale. Aceasta cuprinde programe orientate pentru asistență socială și îngrijire, crearea de locuri de muncă pentru grupurile defavorizate, alocații familiale pentru copii etc. Regimurile de securitate socială de tip necontributiv și regimul de asistență socială sunt finanțate de la bugetul de stat. Pentru aceste regimuri se aplică un set of criterii, inclusiv evaluarea resurselor, în scopul stabilirii dreptului. Regimurile de asigurări sociale sunt finanțate din bugete speciale ale caselor de asigurări sociale.

Regimul publică de asigurări sociale administrată de Institutul Național de Asigurări acordă indemnizații în numerar, prestații și pensii pentru:

- incapacitate temporară de muncă;
- maternitate;
- reducerea temporară a capacității de muncă (redistribuire);
- șomaj;
- invaliditate;
- limită de vârstă;
- deces.

Asigurarea obligatorie de sănătate, precum și asistența medicală finanțată de la buget, oferă un pachet de bază de servicii de asistență medicală, finanțat fie de la bugetul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, fie de la bugetul de stat, în funcție de regim.

Asistența socială, conform definiției prevăzute de legislația națională, include prestații în numerar sau în natură care majorează sau înlocuiesc venitul până la nivelul de bază al nevoilor de trai sau satisfac o nevoie suplimentară a persoanelor aflate în întreținere și a familiilor.

Organizarea protecției sociale

Modelul de sănătate din Bulgaria cuprinde atât regimurile bazate pe asigurări, cât și regimurile finanțate din impozite.

Regimurile publice de asigurări sociale oferă prestații în numerar și pensii împotriva următoarelor riscuri: boală, invaliditate, maternitate, boli profesionale și accidente de muncă, limită de vârstă și deces. În afara regimurilor de securitate socială, sistemul de asistență socială prevede protecția împotriva riscului de sărăcie, care cuprinde, de asemenea, prestațiile familiale în temeiul legislației din Bulgaria.

Modelul de pensie din Bulgaria constă în trei piloni. Începând din anul 2000, pe lângă sistemul de plată pe parcurs, a intrat în vigoare un regim obligatoriu suplimentar pentru limită de vârstă – al doilea pilon. Acesta acoperă toate persoanele asigurate obligatoriu în cadrul regimului public de stat și născute după data de 31 decembrie 1959 (sistemul universal) și lucrătorii în condiții periculoase de muncă (fondurile de pensii profesionale). Al treilea pilon include asigurarea voluntară de pensie, în cadrul căreia au fost introduse și regimurile profesionale reglementate prin Directiva IORP. Regimurile din cadrul celui de al



doilea și al treilea pilon sunt administrate de societăți private de asigurări sub supravegherea Comisiei de supraveghere financiară (*Комисия за финансов надзор*).

Instituțiile și activitățile de securitate socială fac obiectul unor reglementări normative puse în aplicare de Parlament și de Consiliul de miniștri în cooperare cu organizațiile reprezentative ale lucrătorilor și patronatelor și alte organizații ale societății civile, de exemplu, organizațiile pentru protecția pacienților, fiind supravegheate de autoritatea judiciară.

Ministrul muncii și politicilor sociale elaborează și adoptă politicile în domeniul asigurării sociale publice, al regimurilor de pensii obligatorii și suplimentare, precum și al asistenței sociale.

Ministrul sănătății elaborează și adoptă politicile în domeniul asistenței medicale, atât în sistemul bazat pe asigurări, cât și în cel finanțat din impozite.

Agenția Națională a Veniturilor (*Националната агенция по приходите*), înființată în 2005, este responsabilă pentru crearea și controlul impozitelor și obligațiilor de asigurări sociale, precum și pentru colectarea acestora.

Institutul Național de Asigurări Sociale (*Национален осигурителен институт*), înființat în 1995, evaluează calitatea de membru în cadrul regimurilor publice de asigurări pentru prestații în numerar.

Casa Națională de Asigurări de Sănătate (*Националната здравноосигурителна каса*) funcționează din anul 1999 și a început să încheie contracte de servicii de sănătate cu prestatorii la data de 1 iulie 2000.

Agenția de Ocupare a Forței de Muncă (*Агенцията по заетостта*), înființată în 1990, pune în aplicare măsuri pro-active pentru încadrarea solicitanților de locuri de muncă indiferent de afilierea lor la regimurile de asigurări.

Agenția de Asistență Socială (*Агенцията за социално подпомагане*) gestionează activitățile legate de furnizarea de fonduri suficiente, servicii sociale și prestații familiale.

În 2005, a fost creată Agenția pentru Persoane cu Handicap (*Агенция за хората с увреждания*), care pune în aplicare diferite activități în domeniul integrării persoanelor cu handicap.

Finanțare

Sistemul de securitate socială este finanțat din contribuțiile de asigurări naționale plătite de angajatori, salariați, persoane care desfășoară activități independente și parțial de la bugetul de stat. Sistemul de asistență socială este finanțat exclusiv de la bugetul de stat.

Contribuții

Contribuțiile de asigurări reprezintă un procent din venitul contributiv. Acestea se împart între asigurator și persoana asigurată în proporție de 60:40 pentru 2010 (numai „Fondul general de boală și maternitate” și „Fondul de șomaj”). Contribuția totală de asigurări de pensii pentru categoria a treia de muncă este de 17,8% (9,9% pentru asigurator și 8,0% pentru persoana asigurată). Dacă persoana asigurată s-a născut după 31 decembrie 1959, contribuția de asigurări de pensii este de 12,8% (7,1% pentru asigurator și 5,7% pentru persoana asigurată). Începând cu 1 ianuarie 2009, bugetul de stat



efectuează transferuri la fondul de „pensii” reprezentând 12% din valoarea totală a venitului contributiv al tuturor persoanelor asigurate pentru anul calendaristic.

Contribuțiile personale pentru funcționari publici, judecători, procurori, anchetatori, executori judecătorești, funcționari din instanțe și personalul militar sunt asigurate de la bugetul de stat.

Persoanele care desfășoară activități independente achită personal cuantumul integral al contribuțiilor datorate.

Contribuțiile pentru accidente de muncă și boli profesionale variază, în funcție de condițiile de muncă, de la 0,4% la 1,1% și sunt suportate integral de angajator/asigurator.

Contribuția la drepturile salariale garantate din cadrul Fondului pentru salariați este achitată integral de angajator (0,1% în 2010). În 2011, plata contribuțiilor la fond a fost suspendată temporar.

Lucrătorii din prima și a doua categorie de profesională sunt asigurați obligatoriu la fondul de pensii profesionale pentru asigurări de pensii obligatorii suplimentare. Cuantumul contribuției pentru prima categorie de profesională este de 12%, iar pentru a doua de 7%. Contribuțiile sunt suportate integral de angajator. Angajatorul este obligat să achite pe cheltuiala sa un procent suplimentar de 3% reprezentând contribuții la Fondul de „pensii”. Asiguratorul suportă pentru profesori plata unui procent suplimentar de 4,3% la fondul de pensii al profesorilor. Pentru persoanele născute după 1 ianuarie 1960, contribuția la fondul de „pensii” se reduce. Diferența de 5% este creditată în contul persoanei într-un fond de pensii universale pentru asigurări de pensii obligatorii suplimentare.

Cuantumul lunar maxim al venitului contributiv este de 2 000 BGN (1023 EUR). Se datorează contribuții de securitate socială pentru salariul lunar brut primit, inclusiv pentru cel acumulat și neplătit. Contribuțiile nu pot fi mai mici decât venitul contributiv minim stabilit de principalele activități economice și grupuri de calificări profesionale. ²

În cazul persoanelor pentru care nu a fost stabilit niciun venit contributiv minim, contribuțiile se achită pe baza salariului minim lunar pe economie.

Venitul contributiv minim pentru persoanele care desfășoară activități independente variază între 420 BGN (215 EUR) și 500 BGN (256 EUR) în funcție de venitul anual impozabil pentru anul 2009. În cazul persoanelor care nu au desfășurat nicio activitate lucrativă în 2009 și al persoanelor care desfășoară activități independente care și-au început activitatea economică după 31 decembrie 2009, cuantumul minim al venitului contributiv este de 420 BGN (215 EUR).

Dreptul dumneavoastră la prestații de securitate socială atunci când vă stabiliți într-o altă țară din Europa

Sistemele de securitate socială ale țărilor europene sunt diferite și, din acest motiv, au fost elaborate dispoziții la nivelul UE pentru coordonarea acestora. Normele comune prin care se asigură accesul la prestații sociale sunt importante pentru a evita discriminarea lucrătorilor europeni și altor persoane asigurate care doresc să își exercite dreptul la libera circulație. Aceste norme se bazează pe patru principii.

- Atunci când vă stabiliți într-o altă țară din Europa, sunteți întotdeauna asigurat în baza legislației unui singur stat membru: în general, dacă vă aflați în câmpul muncii, sunteți asigurat în țara în care lucrați; dacă nu vă aflați în câmpul muncii, sunteți asigurat în țara de reședință.



- Principiul egalității de tratament vă garantează aceleași drepturi și obligații cu cele ale cetățenilor din țara în care sunteți asigurat.
- Dacă este necesar, perioadele de asigurare realizate în alte țări ale UE pot fi luate în considerare la acordarea unei prestații.
- Prestațiile în numerar pot fi „exportate” dacă locuiți într-o altă țară decât cea în care sunteți asigurat.

Vă puteți baza pe dispozițiile UE privind coordonarea securității sociale în cele 27 de state membre ale UE, Norvegia, Islanda, Liechtenstein (SEE) și Elveția (în total, 31 de țări).

La sfârșitul fiecărui capitol sunt furnizate câteva informații cu caracter general privind dispozițiile UE. Informații suplimentare referitoare la coordonarea drepturilor de securitate socială în cazul în care vă stabiliți sau călătoriți într-o altă țară din UE, în Islanda, Liechtenstein, Norvegia sau Elveția sunt disponibile la: <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>



Capitolul II: Asistență medicală

Când aveți dreptul la asistență medicală?

În cadrul regimurilor de asistență medicală finanțate din impozite

1. cetățenii bulgari;
2. persoanele străine cu reședință permanentă în Bulgaria;

NB - alți cetățeni ai UE nu sunt persoane străine în sensul legislației din Bulgaria; cetățenii UE au aceleași drepturi și obligații ca cetățenii bulgari în temeiul Tratatului privind funcționarea Uniunii Europene.

În cadrul asigurării obligatorii de sănătate

Regimul de asigurări obligatorii de sănătate din Bulgaria este administrat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS). CNAS asigură un pachet de servicii de sănătate de bază cu condiția achitării contribuțiilor la asigurarea obligatorie de sănătate.

Următoarele persoane fac obiectul sistemului de asigurări obligatorii de sănătate:

1. toți cetățenii bulgari care nu sunt și cetățeni ai unei alte țări;
2. cetățenii bulgari care sunt și cetățeni ai unei alte țări și care au reședința permanentă pe teritoriul Republicii Bulgaria;
3. cetățenii străini sau persoanele fără cetățenie care au obținut permisul de ședere permanentă pe teritoriul Republicii Bulgaria, cu excepția unor dispoziții contrare prevăzute de un acord internațional la care Republica Bulgaria este parte semnatară;
4. persoanele cu statut de refugiat, cu statut umanitar sau persoanele cărora li s-a acordat drept de azil.
5. studenții străini și doctoranzii admiși de universitățile sau organizațiile științifice din țară prin Decretul Consiliului de miniștri nr. 103 din 1993 privind implementarea de activități educaționale în rândul bulgarilor din străinătate și prin Decretul Consiliului de miniștri nr. 228 din 1997 privind admiterea cetățenilor Republicii Macedonia în universitățile de stat din Republica Bulgaria;
6. persoanele care nu se încadrează în categoriile la care se face referire la punctele 1-5 în cazul cărora legislația Republicii Bulgaria se aplică în conformitate cu normele de coordonare a regimurilor de securitate socială.

Persoanele care fac obiectul asigurării de sănătate într-un alt stat membru nu sunt asigurate în mod obligatoriu la Casa Națională de Asigurări de Sănătate, conform normelor de coordonare a regimurilor de securitate socială.

Drepturile de asigurări de sănătate ale persoanelor obligate să achite personal contribuțiile de asigurări de sănătate sunt suspendate dacă acestea nu achită mai mult de 3 contribuții lunare datorate într-o perioadă de 36 de luni, până în luna anterioară celei în care au fost oferite serviciile de asistență medicală. Persoanele în cauză își pot recupera asigurarea prin plata contribuțiilor de sănătate neachitate pentru ultimele 36 de luni. Drepturile lor de asigurări de sănătate sunt apoi restabilite de la data achitării contribuțiilor. Cuantumurile plătite pentru asistența medicală furnizată nu se rambursează. Atunci când obligația achitării contribuției revine angajatorului sau unei alte persoane, neplata contribuțiilor nu privează persoana de dreptul său la asigurări de sănătate.



Ce se asigură?

În sfera regimului de asistență medicală finanțată din impozite

Regimul finanțat din impozite prevede, pentru cetățenii bulgari și unele categorii de cetățeni străini cu permis de ședere pe termen lung, următoarele tratamente:

- asistență medicală în caz de urgență;
- asistență obstetrică pentru toate femeile fără asigurare de sănătate, indiferent de metoda de naștere, în cadrul sferei stabilite printr-o ordonanță a ministrului sănătății care va stabili și procedura;
- asistență psihiatrică în spital;
- furnizarea de sânge și de produse sanguine;
- transplant de organe, țesuturi și celule;
- tratament obligatoriu și/sau izolare obligatorie;
- avize și rapoarte de specialitate cu privire la gradul de handicap și pierderea capacității de muncă pe termen lung;
- achitarea costurilor pentru tratarea bolilor în termenii și condițiile stabilite de ministrul sănătății;
- transport medical în termenii și condițiile stabilite de ministrul sănătății.

În sfera asigurării obligatorii de sănătate

Asigurarea obligatorie de sănătate garantează persoanelor asigurate accesul liber la servicii medicale printr-un pachet de servicii de asistență medicală de o anumită natură, amploare și valoare, precum și libera alegere a furnizorului de servicii care a încheiat un contract cu o casă regională de asigurări de sănătate.

Dreptul la liberă alegere este valabil pe întreg teritoriul Bulgariei și nu poate fi limitat din motive geografice și/sau administrative.

Casa Națională de Asigurări de Sănătate asigură următoarele servicii medicale:

1. servicii medicale și stomatologice pentru prevenirea bolilor;
2. servicii medicale și stomatologice pentru depistarea precoce a bolilor;
3. îngrijire medicală în ambulatoriu și în spital pentru diagnosticarea și tratarea bolilor;
4. tratament suplimentar, tratament pe termen lung și reabilitare medicală;
5. îngrijire medicală de urgență;
6. îngrijire medicală pentru sarcină, travaliu și maternitate;
7. îngrijire medicală în temeiul articolului 82 alineatul (1) punctul (2) din Legea sănătății.
8. avorturi provocate din motive medicale și în caz de sarcină rezultată în urma unui viol;
9. servicii stomatologice;
10. îngrijire medicală în cazurile de tratament la domiciliu;
11. prescrierea și distribuirea de medicamente permise pentru tratamentul la domiciliu pe teritoriul țării;
12. prescrierea și distribuirea de produse medicamentoase și alimente dietetice în scopuri medicale speciale;
13. expertiză medicală a capacității de muncă;
14. servicii de transport din motive medicale.

Îngrijirea medicală prevăzută la paragraful anterior, cu excepția punctului 10, se definește ca un pachet de bază garantat de bugetul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Pachetul de bază se stabilește prin ordonanță a ministrului sănătății.



Pentru desfășurarea activităților prevăzute în textul acestei legi, CNAS și Asociația Medicală din Bulgaria adoptă și semnează Contractul-cadru național pentru activități medicale, iar CNAS și Asociația Stomatologică din Bulgaria adoptă și semnează Contractul-cadru național pentru activități stomatologice. Contractele-cadru naționale conțin:

1. cerințele care trebuie îndeplinite de prestatorii de servicii medicale, precum și procedura de încheiere a contractelor cu aceștia;
2. tipurile de îngrijire medicală conform pachetului de bază;
3. condițiile și procedura de furnizare a îngrijirii în cadrul pachetului de bază;
4. criteriile de calitate și accesibilitate a îngrijirii;
5. documentarea și fluxul de documente;
6. obligațiile părților de a furniza servicii de informare și de a face schimb de informații;
7. alte aspecte de interes pentru asigurarea de sănătate.

Ministrul sănătății emite o ordonanță privind întocmirea unei liste de boli în cazul cărora medicamentele, produsele medicamentoase și alimentele dietetice în scopuri medicale speciale pentru tratamentul la domiciliu sunt rambursate integral sau parțial de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. CNAS achită integral sau parțial până la trei produse farmaceutice enumerate pentru fiecare boală specificată. CNAS împreună cu asociațiile medicilor și stomatologilor stabilesc prețurile produselor cu fabricanții și comercianții cu ridicata. Valoarea plăților efectuate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate pentru produsele enumerate este inclusă în Contractul-cadru național anual.

La fiecare vizită la un medic generalist, la un medic specialist în îngrijire ambulatorie sau la un medic stomatolog, persoana asigurată achită o taxă de utilizator de 1% din salariul minim.

În cazul în care o persoană asigurată necesită spitalizare, aceasta trebuie să plătească 2% din salariul minim pe economie pentru fiecare zi de spitalizare atunci când aceasta nu depășește 10 zile pe an. După a 10-a zi, pacientul nu trebuie să achite taxa de utilizator.

Nu plătesc taxa de utilizator pentru furnizarea de servicii stomatologice și medicale în regim ambulatoriu sau în spital:

- persoanele care suferă de bolile specificate în anexa la Contractul-cadru național;
- minorii;
- minorii și membrii familiei fără loc de muncă;
- victimele sistemului de apărare a țării sau persoanele având legătură cu acesta;
- veteranii și invalizii de război;
- deținuții și condamnații;
- persoanele nevoiașe care beneficiază de ajutor de stat;
- persoanele fără surse de venit care locuiesc în centre de îngrijire;
- profesioniștii din domeniul sanitar;
- mamele însărcinate și mamele tinere în primele 45 de zile de la naștere;
- persoanele asigurate cu invaliditate severă care suferă de boli;
- pacienții cu neoplasm malign.

Persoanele ale căror drepturi de asigurări de sănătate au încetat trebuie să plătească serviciile de asistență medicală de care au beneficiat.



Cum puteți beneficia de asistență medicală?

Alegerea unui medic generalist

Persoanele asigurate sunt libere să aleagă un medic generalist pentru îngrijire primară ambulatorie și medici stomatologi (dentiști) din întreaga țară. Persoanele asigurate își pot schimba medicul generalist în fiecare an calendaristic, în perioadele cuprinse între 1 și 30 iunie și între 1 și 31 decembrie. În cazul schimbării reședinței, persoana asigurată are dreptul să aleagă un nou medic generalist în oricare perioadă anului.

Îngrijiri stomatologice

Persoanele asigurate au dreptul la îngrijiri stomatologice atunci când prezintă dosarul lor de asigurări de sănătate oricărui medic stomatolog din țară.

Îngrijire ambulatorie

Îngrijirea ambulatorie specializată poate fi oferită persoanelor asigurate pentru care medicul generalist a emis o „Trimitere medicală pentru consultație sau tratament în comun”. Această trimitere poate fi utilizată în termen de 30 de zile calendaristice de la emitere. Persoana asigurată poate alege orice specialist din orice spital care a semnat un contract cu Casa Regională de Asigurări de Sănătate în momentul prezentării trimiterii.

Accesul la instituții de îngrijire spitalizată

Medicii și stomatologii pot trimite pacienții la orice instituție medicală de îngrijire spitalizată din țară. Spitalul (sau dispensarul) trebuie să fi încheiat un contract cu Casa Regională de Asigurări de Sănătate. Începând cu 2011, pacienții au posibilitatea să opteze pentru o echipă de medici și asistente din cadrul instituției medicale.

Dreptul dumneavoastră la prestații de asistență medicală atunci când vă stabiliți într-o altă țară din Europa

Dacă vă aflați sau aveți reședința într-o altă țară a Uniunii Europene, în Islanda, Liechtenstein, Norvegia sau Elveția, dumneavoastră sau familia dumneavoastră puteți beneficia de serviciile publice de asistență medicală prestate în aceste țări. Acest lucru nu înseamnă neapărat că tratamentul va fi gratuit: depinde de normele naționale.

Dacă planificați o ședere temporară (vacanță, călătorie de afaceri etc.) într-o altă țară a UE, în Islanda, Liechtenstein, Norvegia sau Elveția, solicitați un card european de asigurări sociale de sănătate (CEASS) înainte de plecare. Informații suplimentare privind CEASS și modul de solicitare a acestuia sunt disponibile la: <http://ehic.europa.eu>

Dacă intenționați să vă mutați definitiv într-o altă țară a UE, informații suplimentare privind drepturile dumneavoastră în materie de asistență medicală sunt disponibile la <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.



Capitolul III: Prestații de boală în numerar

Când aveți dreptul la prestații de boală în numerar?

Regimul public de asigurări sociale acordă salariaților asigurați prestații de asigurări sociale și alocații în numerar pentru perioadele de incapacitate temporară, atunci când aceștia sunt în perioada de recuperare și nu obțin venit din muncă.

Ce se asigură?

Persoanele asigurate au dreptul la prestații pentru incapacitate temporară de muncă în caz de:

- boală;
- accidente – cu excepția accidentelor de muncă;
- examinări datorate unei boli;
- carantină;
- sarcină;
- maternitate;
- redistribuire - boală;
- redistribuire - sarcină;
- tratament al bolii într-un sanatoriu;
- însoțire a unui copil în vârstă de până la 3 ani la spital;
- îngrijire a unui copil cu vârsta sub 18 ani;
- îngrijire a unei persoane bolnave cu vârsta peste 18 ani.

Prestația în numerar zilnică pentru incapacitate temporară de muncă datorată unei boli generale se calculează la un procent de 80%, iar pentru invaliditate temporară datorată unor accidente de muncă sau boli profesionale - până la 90% din salariul mediu brut zilnic sau din venitul contributiv mediu zilnic din ultimele 12 luni pentru care se achită sau se datorează contribuții de asigurări.

Prestațiile în numerar pentru incapacitate temporară de muncă datorată unor boli generale, accidente de muncă și boli profesionale se plătesc din ziua producerii evenimentului și până la recuperare sau declararea unei invalidități permanente.

Pentru perioada cuprinsă între 1 iulie 2010 și 31 decembrie 2011, angajatorul plătește prestația de boală în numerar pentru prima, a doua și a treia zi de inactivitate temporară în cuantum egal cu 70% din salariul mediu brut al angajatului. Ulterior, prestația este de 80% din venitul contributiv și este plătită de Institutul Național de Asigurări Sociale.

Cum puteți obține prestații de boală în numerar?

Concediile pentru incapacitate temporară de muncă sunt autorizate prin intermediul unui certificat de concediu medical emis de autoritățile responsabile pentru evaluarea capacității de muncă. Certificatul de concediu medical este emis în ziua stabilirii incapacității, însă concediul poate începe în ziua anterioară, în aceeași zi sau în ziua următoare examinării. Certificatul de concediu medical precizează tipul de incapacitate,



necesitatea și tipul de tratament și durata concediului. Certificatul de concediu medical trebuie prezentat angajatorului sau acesta din urmă trebuie informat în acest sens imediat după emiterea certificatului, în orice caz, în termen de cel mult două zile lucrătoare.

Angajatorul acordă concediul, fără drept de decizie, în momentul prezentării certificatului de concediu medical. Pentru prima zi lucrătoare de invaliditate temporară, angajatorul plătește persoanei asigurate salariul mediu brut zilnic din luna în care a survenit invaliditatea temporară.

Prestațiile în numerar pentru a doua zi și pentru zilele următoare de invaliditate temporară sunt calculate și plătite de Institutul Național de Asigurări Sociale în contul bancar declarat al persoanei asigurate.

Dreptul dumneavoastră la prestații de boală în numerar atunci când vă stabiliți într-o altă țară din Europa

Ca regulă generală, prestațiile de boală în numerar (respectiv, prestațiile destinate, în mod normal, să înlocuiască un venit suspendat din cauza bolii) sunt plătite întotdeauna conform legislației din țara în care sunteți asigurat, indiferent de locul în care aveți reședința sau în care vă aflați*.

În cazul în care vă mutați în altă țară a Uniunii Europene, în Islanda, Liechtenstein, Norvegia sau Elveția, ori de câte ori trebuie să îndepliniți anumite condiții pentru a beneficia de dreptul la prestații de boală, instituția competentă (respectiv, instituția din țara în care sunteți asigurat) trebuie să ia în considerare perioadele de asigurare, reședință sau ocupare a unui loc de muncă pe care le-ați încheiat în baza legislației din oricare dintre țările menționate mai sus. Acest lucru garantează că persoanele care își schimbă locul de muncă sau se mută într-un alt stat nu își vor pierde asigurarea de boală.

Informații suplimentare referitoare la coordonarea drepturilor de securitate socială în cazul în care vă stabiliți sau călătoriți într-o altă țară sunt disponibile la <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

* Unele prestații în numerar speciale de tip necontributiv sunt acordate exclusiv în țara de reședință a beneficiarului și, prin urmare, nu sunt „exportabile”. Aceste prestații sunt enumerate în anexa II inclusă la sfârșitul prezentului ghid.



Capitolul IV: Prestații de maternitate și paternitate

Când aveți dreptul la prestații de maternitate sau paternitate?

Persoanele asigurate au dreptul la prestație în numerar pentru sarcină și naștere în locul salariului lor în cazul în care au acumulat 12 luni de asigurare împotriva acestui risc.

Prestație de maternitate

Mamele asigurate la Fondul general de boală și maternitate au dreptul la o indemnizație în numerar pentru sarcină și naștere timp de 410 zile calendaristice, începând cu 45 de zile înainte de data stabilită a nașterii copilului. Dacă nașterea are loc înainte de expirarea celor 45 de zile de la începerea utilizării indemnizației, zilele rămase din cele 45 pot fi utilizate după naștere.

Tatăl asigurat în cadrul „Fondului general de boală și maternitate” timp de cel puțin 12 luni are dreptul prin lege la indemnizație de paternitate pentru o perioadă de 15 zile calendaristice la nașterea copilului său. Cuantumul prestației este de 90% din venitul contributiv al tatălui în ultimele 18 luni. Cu acordul mamei (naturale sau adoptive), atunci când copilul împlinește 6 luni, tatăl (natural sau adoptiv) poate utiliza orice zile rămase din cele 410 zile în locul mamei, primind prestația corespunzătoare în locul acesteia.

După expirarea concediului de sarcină și naștere, mamele asigurate timp de cel puțin 12 luni la Fondul general de boală și maternitate au dreptul să primească o prestație pentru îngrijirea copiilor mici cu vârsta sub 2 ani.

Alocația de maternitate pentru mame neasigurate

Femeile însărcinate al căror venit mediu lunar pe membru de familie este inferior sau echivalent unui anumit nivel au dreptul la o alocație unică în timpul sarcinii dacă nu beneficiază de prestație de sarcină și naștere în temeiul Codului asigurărilor sociale și dacă au reședința permanentă în această țară. Această alocație va fi stabilită anual prin Legea bugetului de stat al Republicii Bulgaria pentru anul respectiv, însă nu va fi mai mică decât cuantumul fixat în anul anterior.

Atunci când o femeie însărcinată a încheiat o asigurare obișnuită de boală și maternitate, însă nu are dreptul la o prestație de sarcină și naștere din cauza neacumulării perioadei necesare de participare la asigurare în temeiul Codului asigurărilor sociale, alocația unică este plătită într-un cuantum proporțional cu numărul de zile de la începerea concediului de maternitate și naștere și momentul acumulării perioadei necesare de participare la asigurare în temeiul Codului asigurărilor sociale, fără a depăși, însă, 45 de zile.

Alocația unică de sarcină se plătește cu 45 de zile înainte de data estimată stabilită a nașterii copilului.

Ce se asigură?

Prestația zilnică în numerar pe parcursul sarcinii și nașterii este stabilită la 90% din salariul mediu brut sau din venitul contributiv în ultimele 18 luni pentru care s-au plătit sau se datorează contribuții. Cuantumul prestației nu poate fi mai mic decât salariul minim prevăzut de lege și nu poate depăși salariul mediu net.

Cuantumul prestației pentru îngrijirea copiilor mici în vârstă de până la 2 ani este stabilit prin Legea bugetului public al asigurărilor sociale, iar în 2011 s-a ridicat la 240 BGN (123 EUR).



În cazul în care copilul este dat spre adopție sau este plasat într-o grădiniță cu alocație de subzistență integrală din partea statului, prestația încetează a mai fi plătită din ziua următoare.

Cum puteți obține prestații de maternitate și paternitate?

Pentru a beneficia de această prestație, trebuie autorizată o perioadă de concediu. Autoritățile medicale emit un certificat de concediu medical. Angajatorul acordă concediul, fără drept de decizie, în momentul prezentării unui certificat de concediu medical.

Dreptul dumneavoastră la prestații de maternitate și paternitate atunci când vă stabiliți într-o altă țară din Europa

Dispozițiile de coordonare vizează prestațiile de maternitate și cele echivalente de paternitate. Ori de câte ori trebuie îndeplinite anumite condiții pentru a primi dreptul la prestații, instituția competentă (respectiv, instituția din țara în care sunteți asigurat) trebuie să ia în considerare perioadele de asigurare, reședință sau ocupare a unui loc de muncă pe care le-ați încheiat în baza legislației din altă țară a Uniunii Europene, din Islanda, Liechtenstein, Norvegia sau Elveția¹.

Ca regulă generală, prestațiile în numerar (respectiv, prestațiile destinate să înlocuiască un venit suspendat) sunt plătite întotdeauna conform legislației din țara în care sunteți asigurat, indiferent de locul în care aveți reședința sau în care vă aflați*. Prestațiile în natură (respectiv, îngrijiri medicale și stomatologice, medicamente și spitalizare) sunt acordate în conformitate cu legislația din țara dumneavoastră de reședință ca și cum ați fi asigurat în această țară.

Informații suplimentare referitoare la coordonarea drepturilor de securitate socială în cazul în care vă stabiliți sau călătoriți într-o altă țară sunt disponibile la <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

¹ Textele privind „drepturile dumneavoastră atunci când vă stabiliți într-o altă țară din Europa” (a patra secțiune din fiecare capitol) sunt elaborate de Comisia Europeană. Acestea sunt comune diferitelor ghiduri naționale și, prin urmare, nu iau în considerare specificul regimurilor naționale descrise la secțiunile precedente. Nicio parte din prezenta publicație nu trebuie considerată drept o reflectare a poziției țării în cauză în ceea ce privește regimul UE de coordonare a prestațiilor menționate în aceasta.

* Unele prestații în numerar speciale de tip necontributiv sunt acordate exclusiv în țara de reședință a beneficiarului și, prin urmare, nu sunt „exportabile”. Aceste prestații sunt enumerate în anexa II inclusă la sfârșitul prezentului ghid.



Capitolul V: Prestații de invaliditate

Când aveți dreptul la prestații de invaliditate?

Pensie de invaliditate

Persoanele asigurate au dreptul la pensie de invaliditate atunci când și-au pierdut integral sau parțial capacitatea de muncă pentru o perioadă îndelungată sau definitiv.

Persoanele asigurate dobândesc dreptul la pensie de invaliditate conform următoarelor cerințe de contribuție:

- până la vârsta de 20 de ani: nu se impune nicio perioadă de asigurare;
- până la vârsta de 25 de ani: este necesar un an de asigurare;
- până la vârsta de 30 de ani: sunt necesari trei ani de asigurare;
- peste 30 de ani: sunt necesari cinci ani de asigurare;
- persoanele care suferă de un handicap din naștere sau care dobândesc un handicap înainte de intra în câmpul muncii vor primi dreptul la pensie de invaliditate după o perioadă de asigurare de un an.

Pensia de invaliditate se acordă persoanelor a căror capacitate de muncă este redusă definitiv cu cel puțin 50%. Dreptul la pensie se acordă începând cu data la care a survenit invaliditatea.

Pentru persoanele nevăzătoare din naștere și cele care și-au pierdut vederea înainte de a intra în câmpul muncii - pensia de invaliditate se plătește începând cu data solicitării. Pensia se acordă pe durata invalidității.

Alocație de invaliditate

Persoanele asigurate au dreptul la alocație de invaliditate datorată unei boli generale atunci când nu au acumulat perioada necesară de asigurare pentru acordarea unei pensii de invaliditate.

Ce se asigură?

Pensie de invaliditate

Cuquantumul pensiei de invaliditate în urma unei boli generale este stabilit prin înmulțirea venitului pe baza căruia se calculează pensia cu suma totală de 1,1% pentru fiecare an al perioadei de asigurare. În plus, intervalul socotit ca perioadă de asigurare este înmulțit cu un coeficient care depinde de gradul de invaliditate după cum urmează:

- un grad de invaliditate peste 90%: 0,9;
- un grad de invaliditate între 71% și 90%: 0,7;
- un grad de invaliditate între 50% și 70,99%: 0,5.

Beneficiarii pensiei care și-au pierdut capacitatea de muncă în proporție de peste 90% și care au în permanență nevoie de asistență externă beneficiază de o majorare la pensie de 75% din pensia socială pentru limită de vârstă. Majorările se adaugă la fiecare pensie indiferent de tipul acesteia. Majorările se plătesc persoanei care beneficiază de pensie și nu persoanei care asigură asistența.



Pensie socială de invaliditate

Dreptul la o pensie socială de invaliditate se acordă persoanelor care au împlinit vârsta de 16 ani și care au o capacitate de muncă redusă definitiv/ un tip și un grad de incapacitate de peste 71%.

Cuquantumul pensiei sociale de invaliditate pentru persoanele cu o capacitate de muncă redusă definitiv/ un tip și un grad de incapacitate de peste 90% este de 120%. Persoanele cu o capacitate de muncă redusă definitiv cuprinsă între 71% și 90% primesc 110% din pensia socială pentru limită de vârstă.

Alocație de invaliditate

Cuquantumul alocației de invaliditate datorată unei boli generale, atunci când persoana asigurată nu a acumulat perioadele necesare de asigurare pentru a beneficia de pensie de invaliditate datorată unei boli generale, se calculează înmulțind cuantumul zilnic al alocației de invaliditate temporară cu 60.

În mod similar pensiei de invaliditate, se acordă o majorare de asistență externă pe perioada incapacității evaluate de Comisia teritorială de expertiză medicală (CTEM) sau de Comisia națională de expertiză medicală (CNEM) în cazul în care persoana nu a împlinit vârsta de pensionare în anul respectiv. În cazul în care persoana împlinește vârsta de pensionare în perioada specificată în decizia de expertiză, majorarea de asistență externă se plătește pe viață.

Plata majorării de asistență externă încetează atunci când temeiul acordării dreptului nu mai există, de exemplu, decesul pensionarului, schimbarea categoriei de invaliditate etc.

Cum puteți obține prestații de invaliditate?

Pensie de invaliditate

Pensia de invaliditate se acordă pe baza unei cereri depuse la INAS. Cererea trebuie însoțită de o decizie de expertiză a CTEM (CNEM) care stabilește gradul de incapacitate.

Alocație de invaliditate

Atunci când persoana asigurată nu a acumulat perioadele necesare de asigurare pentru acordarea unei pensii de invaliditate ca urmare a unei boli generale, alocația de invaliditate se acordă pe baza unei cereri adresate unității teritoriale a Institutului Național de Asigurări Sociale (INAS). Următoarele documente trebuie anexate cererii:

- documente privind activitatea contributivă (locul de muncă) până la data invalidității;
- documente cu privire la salariul sau venitul brut pentru care au fost plătite contribuții de asigurări;
- o decizie de expertiză a Comisiei teritoriale de expertiză medicală (CTEM) sau a Comisiei naționale de expertiză medicală (CNEM).

Dreptul dumneavoastră la prestații de invaliditate atunci când vă stabiliți într-o altă țară din Europa

Instituția competentă din țara în care solicitați o pensie de invaliditate va lua în considerare perioadele de asigurare sau de reședință încheiate în baza legislației din orice altă țară a Uniunii Europene, din Islanda, Liechtenstein, Norvegia sau Elveția, dacă acest lucru este necesar pentru a avea dreptul la prestații de invaliditate.



Prestațiile de invaliditate se plătesc indiferent dacă aveți reședința sau vă aflați în Uniunea Europeană, Islanda, Liechtenstein, Norvegia sau Elveția*. Controalele administrative și examenele medicale necesare vor fi efectuate, în mod normal, de instituția competentă din țara în care aveți reședința. În unele situații, dacă starea de sănătate vă permite, poate fi necesar să vă întoarceți în țara care vă plătește pensia pentru aceste examene.

Gradul de invaliditate se stabilește de către fiecare țară potrivit propriilor criterii naționale. Prin urmare, este posibil ca anumite țări să considere că o persoană are un grad de invaliditate de 70%, în timp ce altele nu vor considera, în temeiul propriei legislații, că aceeași persoană este invalidă. Această situație se datorează faptului că sistemele naționale de securitate socială nu sunt armonizate, ci doar coordonate prin dispozițiile UE.

Informații suplimentare referitoare la coordonarea drepturilor de securitate socială în cazul în care vă stabiliți sau călătoriți într-o altă țară sunt disponibile la <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

* Unele prestații în numerar speciale de tip necontributiv sunt acordate exclusiv în țara de reședință a beneficiarului și, prin urmare, nu sunt „exportabile”. Aceste prestații sunt enumerate în anexa II inclusă la sfârșitul prezentului ghid.



Capitolul VI: Pensii și prestații pentru limită de vârstă

Când aveți dreptul la pensii pentru limită de vârstă?

Pensia de stat pentru limită de vârstă poate fi solicitată după împlinirea vârstei de pensionare prevăzute de stat și după acumularea unui anumit număr de ani de asigurare:

- bărbații au dreptul la pensie pentru limită de vârstă la vârsta de 63 de ani și dacă au 37 de ani de asigurare;
- femeile au dreptul la pensie pentru limită de vârstă la vârsta de 60 de ani și dacă au 34 de ani de asigurare;
- persoanele care nu au realizat o perioadă suficientă de asigurare au dreptul la pensie la vârsta de 65 de ani după acumularea unei perioade de asigurare de 15 ani.

Începând cu 31 decembrie 2011, durata necesară de asigurare va începe să crească cu 4 luni într-un an calendaristic, ajungând la 40 de ani pentru bărbați și 37 de ani pentru femei. Începând cu 31 decembrie 2020, vârsta de pensionare va începe să crească cu 6 luni într-un an calendaristic, ajungând la 63 de ani pentru femei și la 65 de ani pentru bărbați. Tot începând cu 31 decembrie 2020, vârsta de pensionare pentru persoanele care nu au acumulat durata necesară de asigurare va începe să crească cu 6 luni într-un an calendaristic, ajungând la 67 de ani.

Pentru lucrători și salariați, perioada de asigurare reprezintă timpul lucrat cu normă întreagă conform timpului de lucru prevăzut de lege, în cazul în care s-au plătit sau se datorează contribuții pentru salariul primit, care nu poate fi mai mic decât venitul contributiv minim. Perioada de asigurare se calculează în ore, zile, luni și ani. Pentru lucrătorii și salariații cu fracțiune de normă, perioada de asigurare se calculează împărțind numărul de ore lucrate la timpul de lucru prevăzut de lege.

Legea asigurărilor oferă posibilitatea recunoașterii anumitor perioade ca perioade de asigurare fără a fi necesară plata contribuțiilor. Perioadele de asigurare fără contribuții includ perioadele de concediu plătit și fără plată pentru creșterea unui copil mic, concediul plătit și fără plată pentru incapacitate temporară de muncă, concediul plătit și fără plată pentru sarcină și nașterea unui copil, concediile fără plată de până la 30 de zile lucrătoare într-un an calendaristic, precum și perioada în care persoana a beneficiat de alocație de șomaj.

Legea asigurărilor oferă, în condiții specifice, posibilitatea achiziționării de perioade de asigurare.

Pensie socială pentru limită de vârstă

Se poate acorda o pensie socială pentru limită de vârstă persoanelor în vârstă de 70 de ani al căror venit anual pe membru de familie este mai mic decât venitul minim garantat [65 BGN (33 EUR) în 2010]. Pensia socială pentru limită de vârstă este un tip special de pensie care nu are legătură cu locul de muncă. Dreptul la această prestație este acordat persoanelor care nu beneficiază de pensie pentru limită de vârstă deoarece perioada de asigurare acumulată este insuficientă. Această pensie nu este plătită de casele de asigurări, ci de la bugetul de stat. Pensia socială pentru limită de vârstă este un tip de ajutor social definit ca o pensie datorită faptului că este plătit cu regularitate (lunar) și este gestionat de administrația Agenției de Asistență Socială.



Ce se asigură?

Baza de calcul pentru pensia legală pentru limită de vârstă se stabilește înmulțind venitul contributiv lunar mediu pe economie (în cele 12 luni calendaristice anterioare acordării pensiei) cu coeficientul individual al persoanei asigurate. Coeficientul individual se determină pe baza venitului contributiv lunar mediu al persoanei asigurate.

Baza de calcul se înmulțește apoi cu 1,1% pentru fiecare an de asigurare și cu un quantum proporțional pentru fiecare lună suplimentară de asigurare. În plus, baza de calcul se înmulțește cu 3% pentru fiecare an de asigurare în cazul persoanelor care au acumulat o perioadă de asigurare de 37 de ani (bărbați) și de 34 de ani (femei), însă continuă să lucreze după împlinirea vârstei de pensionare și nu beneficiază încă de pensie.

Cuquantumul pensiei pentru limită de vârstă nu poate fi mai mic decât un quantum stabilit și nu poate depăși un plafon maxim. Cuquantumul minim al pensiei pentru limită de vârstă este stabilit prin Legea bugetului public al asigurărilor sociale și, pentru 2011, acesta este în quantum de 136,08 BGN (70 EUR). Cuquantumul maxim (pentru toate pensiile) este stabilit ca reprezentând 35% din venitul contributiv maxim pentru anul anterior. În 2010, venitul contributiv maxim a fost de 2 000 BGN (1 023 EUR) și, în 2011, cuquantumul maxim al pensiilor se ridică la 700 BGN (358 EUR).

Pensiile sunt ajustate anual la 1 iulie, în conformitate cu așa-numita „normă elvețiană” (50% inflație + 50% din creșterea venitului contributiv mediu pentru anul anterior). Din cauza restricțiilor bugetare, pensiile nu au mai fost ajustate de la 1 iulie 2009.

Regimul suplimentar pentru limită de vârstă se bazează pe cuquantumul economisit în contul individual al fiecărei persoane.

Cum puteți obține pensii pentru limită de vârstă?

Pentru a beneficia de pensie, persoana asigurată trebuie să depună o cerere la unitatea regională a Institutului Național de Asigurări Sociale (INAS). Trebuie anexate următoarele documente:

- cartea de muncă și/ sau dosarul de asigurări și/ sau un certificat care atestă durata vechimii în muncă sau
- salariul sau venitul brut pentru care s-au achitat contribuții de asigurări timp de trei ani consecutivi din ultimii 15 ani de perioade de asigurare până la 1 ianuarie 1997, la alegerea persoanei, sau venitul pentru care s-au achitat contribuții de asigurări pentru perioada ulterioară acestei date până la pensionarea persoanei.

Dacă cererea către INAS a fost depusă cu până la 6 luni înainte de data expirării asigurării, pensiile se vor acorda începând cu această dată. Dacă cererea a fost depusă după 6 luni de la data expirării asigurării, pensia se acordă începând cu data cererii.

După depunerea cererii, se acordă o pensie minimă în termen de o lună, iar pensia efectivă se calculează și se acordă ulterior.

Pensie socială pentru limită de vârstă

Documentele care trebuie depuse pentru acordarea unei pensii sociale pentru limită de vârstă:

- cerere pentru acordarea unei pensii sociale pentru limită de vârstă, pe baza unui model aprobat de INAS;
- declarație privind situația familială și bunurile în proprietate;



- declarație privind venitul anual al membrilor familiei în ultimele 12 luni anterioare depunerii cererii.

Pentru stabilirea venitului anual al membrilor familiei, membrii familiei includ soți, soții, și copii până la vârsta de 18 ani, dacă nu sunt căsătoriți, precum și copii peste această vârstă, dacă suferă de un handicap, care nu au niciun alt venit și care nu sunt căsătoriți.

Pensia socială pentru limită de vârstă se acordă pe viață. Dreptul încetează în cazul decesului persoanei îndreptățite.

Dreptul dumneavoastră la prestații pentru limită de vârstă atunci când vă stabiliți într-o altă țară din Europa

Dispozițiile UE privind pensiile pentru limită de vârstă se aplică exclusiv regimurilor de pensii de stat și nu celor ale întreprinderilor, celor profesionale sau celor private. Acestea garantează că:

- În fiecare țară a UE (plus Islanda, Liechtenstein, Norvegia și Elveția) în care ați fost asigurat, dosarul dumneavoastră de asigurat se păstrează până când împliniți vârsta de pensionare din țara respectivă;
- Fiecare țară a UE (plus Islanda, Liechtenstein, Norvegia și Elveția) în care ați fost asigurat va trebui să plătească o pensie pentru limită de vârstă atunci când împliniți vârsta de pensionare. Cuantumul pe care îl veți primi de la fiecare dintre statele membre va depinde de durata asigurării dumneavoastră în fiecare stat;
- Pensia dumneavoastră va fi plătită indiferent de locul dumneavoastră de reședință din UE (plus Islanda, Liechtenstein, Norvegia și Elveția)*.

Cererea de pensionare se depune la instituția de asigurări de pensii din țara UE (sau Islanda, Liechtenstein, Norvegia sau Elveția) în care locuiți, cu excepția cazului în care nu ați lucrat niciodată în țara respectivă. În acest ultim caz, cererea trebuie depusă în țara în care ați avut ultimul loc de muncă.

Informații suplimentare referitoare la coordonarea drepturilor de securitate socială în cazul în care vă stabiliți sau călătoriți într-o altă țară sunt disponibile la <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

* Unele prestații în numerar speciale de tip necontributiv sunt acordate exclusiv în țara de reședință a beneficiarului și, prin urmare, nu sunt „exportabile”. Aceste prestații sunt enumerate în anexa II inclusă la sfârșitul prezentului ghid.



Capitolul VII: Prestații de urmaș

Când aveți dreptul la prestații de urmaș?

Dreptul la pensie de urmaș se acordă copiilor, soțului/soției supraviețuitor/supraviețuitoare și părinților persoanei decedate asigurate.

Copiii au dreptul la pensie de urmaș până la împlinirea vârstei de 18 ani. După împlinirea vârstei de 18 ani, dacă urmează studii, copiii asiguratului decedat au dreptul la pensie de urmaș pe durata studiilor până la împlinirea vârstei de 26 de ani. Copiii supraviețuitori ai persoanei asigurate decedate care au dobândit un handicap înainte de 18 ani au, de asemenea, dreptul să primească pensie de urmaș până la împlinirea vârstei de 26 de ani. În cazul în care persoana supraviețuitoare nu are capacitate de muncă, aceasta are dreptul la o pensie de moștenitor cu 5 ani înainte de împlinirea vârstei de 60 de ani și 6 luni pentru bărbați și cu 5 ani înainte de împlinirea vârstei de 55 de ani și 6 luni pentru femei. Începând cu 31 decembrie 2000, această vârstă a crescut în fiecare an calendaristic cu 6 luni, ajungând la 63 de ani pentru bărbați și la 60 de ani pentru femei.

Pensie de urmaș pentru limită de vârstă și invaliditate

În cazul decesului persoanei asigurate, moștenitorilor li se va acorda o pensie echivalentă tipului de pensie personală (respectiv, pensii pentru boli generale, accidente de muncă sau boli profesionale) de care ar fi beneficiat decedatul ca persoană cu handicap care a pierdut peste 90% din capacitatea sa de muncă.

Atunci când persoana decedată a dobândit dreptul la pensie prin acumularea perioadelor de asigurare și împlinirea vârstei, moștenitorii vor primi o pensie de urmaș calculată din pensia datorată ca urmare a perioadelor de asigurare acumulate și a vârstei, dacă este mai favorabil pentru aceștia.

În cazul decesului unui pensionar care beneficiază de pensie de invaliditate din cauza unei boli generale sau de pensie personală calculată în funcție de perioadele de asigurare acumulate și de vârstă, pensia de urmaș se acordă în proporția menționată mai jos, în funcție de tipul de pensie primită.

Alocație de urmaș

Persoanele pensionate ai/ale căror soți/soții au decedat au dreptul la o majorare de pensie denumită alocație de urmaș. Majorările de urmaș se plătesc numai în completarea unei alte pensii acordate: persoanele care nu au încă dreptul la pensie din alte motive nu beneficiază de această majorare.

Prin urmare, supraviețuitorul trebuie să îndeplinească mai multe condiții pentru a primi majorarea de pensie:

- supraviețuitorul trebuie să primească o pensie personală sau de urmaș, indiferent de tipul acesteia;
- supraviețuitorul nu trebuie să se fi recăsătorit după decesul soțului/soției; în cazul recăsătoriei, majorarea încetează a mai fi plătită de la data încheierii căsătoriei;
- supraviețuitorul nu trebuie să beneficieze de pensie de urmaș de la persoana decedată.

Această alocație este definită ca fiind un procent din pensia soțului/soției decedat(e) și este plătită în vederea asistării soțului/soției supraviețuitor/supraviețuitoare. Pensionarul are dreptul la o majorare de 20% din pensia sau pensiile primite de soțul/soția decedat(ă) (va ajunge la 40% până în anul 2015). Pentru calculul acestei majorări, nu se ține seama de nicio majorare la pensia soțului/soției decedat(e). Dacă soțul/soția decedat(ă) nu a



beneficiat niciodată de pensie, majorarea se stabilește în funcție de pensia sau de suma pensiilor la care persoana decedată ar fi avut dreptul.

Ce se asigură?

Pensia de urmaș se stabilește ca procent din pensia personală datorată a persoanei asigurate decedate după cum urmează:

1. un moștenitor - 50%;
2. doi moștenitori - 75%;
3. trei și mai mulți moștenitori - 100%.

În cazul decesului ambilor părinți (naturali sau adoptivi), copiii au dreptul la o pensie de urmaș stabilită pe baza sumei pensiilor persoanelor decedate.

Cum puteți obține prestații de urmaș?

Pensia de urmaș se acordă pe baza unei cereri depuse la UR² a Institutului Național de Asigurări Sociale (INAS). Trebuie anexate următoarele documente:

- certificat de moștenitor;
- certificat atestând faptul că soțul/soția supraviețuitor/supraviețuitoare nu s-a recăsătorit;
- documente doveditoare ale perioadelor de asigurare ale persoanei decedate – carte de muncă, dosarul de asigurări și un certificat privind perioadele de asigurare dacă persoana decedată nu era pensionată.

Dreptul dumneavoastră la prestații de urmaș atunci când vă stabiliți într-o altă țară din Europa

În general, normele care se aplică pensiilor pentru soți supraviețuitori sau orfani și ajutoarelor de deces sunt aceleași cu cele care se aplică pensiilor de invaliditate și pentru limită de vârstă (a se vedea capitolele V și VI). În speță, pensiile de urmaș și ajutoarele de deces trebuie plătite fără nicio reducere, modificare sau suspendare, indiferent de locul de reședință al soțului/soției supraviețuitor/supraviețuitoare din Uniunea Europeană, Islanda, Liechtenstein, Norvegia sau Elveția*.

Informații suplimentare referitoare la coordonarea drepturilor de securitate socială în cazul în care vă stabiliți sau călătoriți într-o altă țară sunt disponibile la <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

² Unitate regională

* Unele prestații în numerar speciale de tip necontributiv sunt acordate exclusiv în țara de reședință a beneficiarului și, prin urmare, nu sunt „exportabile”. Aceste prestații sunt enumerate în anexa II inclusă la sfârșitul prezentului ghid.



Capitolul VIII: Prestații pentru accidente de muncă și boli profesionale

Când aveți dreptul la prestații pentru accidente de muncă și boli profesionale?

Toate persoanele care lucrează în baza unor contracte de muncă, contracte de servicii, în funcții alese, cooperative sau în baza unor contracte de management sunt asigurate obligatoriu împotriva accidentelor de muncă și bolilor profesionale la Fondul pentru accidente de muncă și boli profesionale. Acesta acoperă invaliditatea, decesul, incapacitatea temporară de muncă și incapacitatea temporară datorată unor accidente de muncă și boli profesionale.

Cuantumul contribuțiilor de asigurări sociale plătite de asigurator este stabilit ca procent din venitul contributiv lunar al persoanei asigurate.

Ce se asigură?

Indiferent de durata perioadei de asigurare, persoanele asigurate au dreptul la:

- prestații în numerar în caz de examene medicale, analize și tratamente de urgență;
- tratament în sanatorii;
- prestații în numerar pentru invaliditate temporară ca urmare a unui accident de muncă sau unei boli profesionale;
- prestații în numerar pentru prevenire și reabilitare;
- pensii de invaliditate ca urmare a unor accidente de muncă sau boli profesionale;
- prestații în numerar pentru aparate tehnice legate de invaliditate.

Prestația în numerar zilnică pentru invaliditate temporară ca urmare a unui accident de muncă sau unei boli profesionale se calculează la o rată de 90% din salariul mediu brut zilnic sau din venitul contributiv mediu zilnic din ultimele 12 luni pentru care s-au plătit sau se datorează contribuții. Aceasta se plătește din ziua în care s-a produs evenimentul până la recuperare sau la stabilirea unei pensii de invaliditate. În cazul în care invaliditatea temporară a survenit în termen de 30 de zile calendaristice de la desfacerea contractului de muncă sau de la încheierea asigurării, prestația în numerar este plătită pentru perioada de incapacitate, însă nu mai mult de 30 de zile calendaristice.

Cum puteți obține prestații pentru accidente de muncă și boli profesionale?

Pentru a beneficia de prestații, concediile de invaliditate temporară trebuie autorizate printr-un [certificat de concediu medical](#). Certificatul de concediu medical este emis în ziua stabilirii invalidității; cu toate acestea, data începerii concediului poate fi ziua anterioară, aceeași zi sau ziua următoare examinării. Certificatul de concediu medical precizează tipul de incapacitate, necesitatea și tipul de tratament și durata concediului.

Certificatul de concediu medical trebuie prezentat angajatorului sau acesta din urmă trebuie informat în acest sens imediat după emiterea certificatului, în termen de cel mult două zile lucrătoare. Angajatorul nu are putere de decizie în privința acordării sau neacordării acestui concediu și va plăti persoanei asigurate un salariu mediu brut zilnic pentru prima zi lucrătoare de invaliditate temporară.



Prestațiile în numerar pentru a doua zi și pentru zilele următoare de invaliditate temporară sunt calculate și plătite de Institutul Național de Asigurări Sociale în contul declarat de persoana asigurată.

Până la sfârșitul anului 2011, prima, a doua și a treia zi de incapacitate temporară de muncă vor fi plătite de angajator la 70% din salariul mediu brut. Începând cu a patra zi, prestațiile în numerar vor fi plătite de Institutul Național de Asigurări Sociale (INAS) la 80% din salariul mediu brut.

Dreptul dumneavoastră la prestații pentru accidente de muncă și boli profesionale atunci când vă stabiliți într-o altă țară din Europa

Dispozițiile UE privind prestațiile pentru accidente de muncă sau boli profesionale sunt foarte similare dispozițiilor privind prestațiile de boală (a se vedea secțiunile II și III)³. În cadrul Uniunii Europene, în Islanda, Liechtenstein, Norvegia sau Elveția, dacă aveți reședința sau vă aflați într-o altă țară decât cea în care sunteți asigurat împotriva accidentelor de muncă și a bolilor profesionale, aveți dreptul, în mod normal, să beneficiați de asistență medicală în țara respectivă în cazul unui accident de muncă sau al unei boli profesionale; în mod normal, prestațiile în numerar se plătesc de către instituția la care sunteți asigurat, chiar dacă aveți reședința sau vă aflați într-o altă țară*.

În cazul în care trebuie îndeplinite anumite condiții pentru a primi dreptul la prestații pentru accidente de muncă sau boli profesionale, instituția la care sunteți asigurat trebuie să ia în considerare perioadele de asigurare, reședința sau ocupare a unui loc de muncă pe care le-ați încheiat în baza legislației altor țări din Uniunea Europeană, plus Islanda, Liechtenstein, Norvegia sau Elveția. Acest lucru garantează că persoanele care își schimbă locul de muncă sau se mută într-o altă țară nu își vor pierde asigurarea.

Informații suplimentare referitoare la coordonarea drepturilor de securitate socială în cazul în care vă stabiliți sau călătoriți într-o altă țară sunt disponibile la <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

³ Textele privind „drepturile dumneavoastră atunci când vă stabiliți într-o altă țară din Europa” (a patra secțiune din fiecare capitol) sunt elaborate de Comisia Europeană. Acestea sunt comune diferitelor ghiduri naționale și, prin urmare, nu iau în considerare specificul regimurilor naționale descrise la secțiunile precedente. Nicio parte din prezenta publicație nu trebuie considerată drept o reflectare a poziției țării în cauză în ceea ce privește regimul UE de coordonare a prestațiilor menționate în aceasta.

* Unele prestații în numerar speciale de tip necontributiv sunt acordate exclusiv în țara de reședință a beneficiarului și, prin urmare, nu sunt „exportabile”. Aceste prestații sunt enumerate în anexa II inclusă la sfârșitul prezentului ghid.



Capitolul IX: Prestații familiale

Când aveți dreptul la prestații familiale?

Alocațiile familiale și unele dintre prestațiile de maternitate sunt considerate prestații familiale în sensul reglementărilor UE în materie de coordonare.

Alocațiile familiale sunt prestații în numerar sau în natură destinate să ofere sprijin financiar pentru sarcină, naștere și creșterea copiilor. Acestea pot fi plătite o singură dată sau lunar.

Următoarele categorii au dreptul la alocații familiale:

- femeile însărcinate - cetățeni bulgari;
- familiile cetățenilor bulgari – pentru copiii pe care îi cresc în țară;
- familiile în care unul dintre părinți este cetățean bulgar – pentru copiii cu cetățenie bulgară crescuți în țară;
- familiile de rude sau familiile de plasament – pentru copiii plasați în aceste familii în temeiul Legii privind protecția copilului;
- femeile însărcinate – cetățenii străini și familiile acestora care au reședință permanentă și își cresc copiii în țară, dacă dreptul la aceste prestații este acordat printr-o altă lege sau printr-un tratat internațional la care Bulgaria este parte semnatară.

Pentru a beneficia de alocații familiale, venitul mediu lunar pe membru de familie în ultimele 12 luni trebuie să fie mai mic sau egal cu venitul destinat în acest scop în Legea bugetului de stat al Republicii Bulgaria pentru anul respectiv (350 BGN (179 EUR) în 2011). Evaluarea resurselor se aplică numai la alocația lunară pentru copii până la absolvirea învățământului secundar, însă nu și după împlinirea vârstei de 20 de ani, la alocația specială pentru creșterea copiilor cu vârsta sub un an și la alocația specială pentru copiii înscriși în clasa I.

Ce se asigură?

Prestațiile familiale includ:

- alocații forfetare pentru sarcină;
- alocații forfetare la naștere;
- alocații forfetare pentru creșterea de gemeni cu vârsta sub un an;
- alocații forfetare pentru creșterea unui copil cu vârsta sub un an acordate mamei care urmează o formă de învățământ universitar la zi;
- alocații lunare pentru copii până la absolvirea învățământului secundar, însă nu și după împlinirea vârstei de 20 de ani;
- alocații lunare pentru creșterea unui copil cu vârsta sub un an;
- alocații speciale pentru copiii înscriși în clasa I;
- asistență specială pentru călătorii interne gratuite cu trenul și autobuzul pentru mamele cu mulți copii;
- alocații lunare pentru copiii cu invaliditate permanentă sub 18 ani până la absolvirea învățământului secundar, însă nu și după împlinirea vârstei de 20 de ani.



Cum puteți obține prestații familiale?

Alocațiile familiale pentru copii sunt acordate de direcțiile pentru asistență socială pe baza unei cereri depuse prin intermediul unui formular aprobat de ministrul muncii și politicilor sociale.

Cererea este completată de mamă sau de un alt reprezentant legal al copilului.

Cererile pentru o alocație forfetară pentru naștere trebuie să includă următoarele documente:

- certificatul de naștere în original al copilului pentru care se solicită asistență;
- copii ale certificatelor de naștere ale tuturor copiilor născuți de aceeași mamă.

Dreptul se acordă de la data nașterii copilului, cu excepția cazului în care acesta a fost lăsat spre îngrijire într-o instituție specializată pentru copii. Această prestație poate fi solicitată în termen de trei ani de la sfârșitul lunii în care s-a născut copilul.

Cererile pentru alocații familiale pentru copii cu vârsta sub 18 ani trebuie să includă:

- un certificat care să precizeze venitul familial lunar brut în ultimele șase luni calendaristice anterioare celei în care se depune cererea (pentru lucrătorii salariați sau aflați într-o funcție publică). Acesta trebuie să specifice venitul realizat din pensii, prestații și burse.
- o adeverință oficială emisă de instituția de învățământ la care este înscris copilul care să ateste că acesta este elev al școlii și frecventează cursurile în mod regulat.

Cererile pentru alocații lunare pentru copii cu vârsta sub un an trebuie să includă:

- un certificat care să precizeze venitul familial lunar brut în ultimele șase luni calendaristice anterioare celei în care se depune cererea;
- o copie a certificatului de naștere al copilului.

Dreptul dumneavoastră la prestații familiale atunci când vă stabiliți într-o altă țară din Europa

Caracteristicile și cuantumul prestațiilor familiale variază considerabil de la un stat la altul*. Prin urmare, este important să cunoașteți care stat este responsabil pentru furnizarea acestor prestații și care sunt condițiile pentru a beneficia de acestea. Principiile generale de stabilire a legislației aplicabile sunt disponibile la: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=849&langId=en>.

Țara responsabilă pentru plata prestațiilor familiale trebuie să ia în considerare perioadele de asigurare încheiate în baza legislației oricărui altor țări din Uniunea Europeană, plus Islanda, Liechtenstein, Norvegia sau Elveția, dacă acest lucru este necesar pentru a satisface condițiile care reglementează dreptul la prestație.

Dacă o familie are dreptul la prestații în baza legislației mai multor țări, aceasta va primi, în principiu, cel mai mare cuantum al prestațiilor prevăzut de legislația uneia dintre aceste țări. Cu alte cuvinte, familia este tratată ca și cum toate persoanele în cauză ar avea reședința și ar fi asigurate în statul cu legislația cea mai favorabilă.

* Unele prestații în numerar speciale de tip necontributiv sunt acordate exclusiv în țara de reședință a beneficiarului și, prin urmare, nu sunt „exportabile”. Aceste prestații sunt enumerate în anexa II inclusă la sfârșitul prezentului ghid.



Prestațiile familiale nu pot fi plătite de două ori în aceeași perioadă și pentru același membru al familiei. Există reguli de prioritate care prevăd suspendarea prestațiilor dintr-o țară până la cuantumul prestațiilor plătite de țara căreia îi revine în primul rând obligația de plată a prestațiilor.

Informații suplimentare referitoare la coordonarea drepturilor de securitate socială în cazul în care vă stabiliți sau călătoriți într-o altă țară sunt disponibile la <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.



Capitolul X: Șomaj

Când aveți dreptul la prestații de șomaj?

Orice persoană pentru care angajatorul plătește contribuții de asigurări de șomaj este asigurată împotriva riscului de șomaj. Angajatorii sunt obligați să achite contribuții începând cu data primirii contractului de muncă, de management sau de control.

Persoanele care au plătit contribuții la Fondul de șomaj timp de cel puțin 9 luni în cursul ultimelor 15 luni înainte de încheierea asigurării au dreptul la prestații de șomaj cu condiția:

- să se fi înregistrat ca persoane șomere la Agenția de Ocupare a Forței de Muncă;
- să nu li se fi acordat o perioadă de asigurare și nici o pensie pentru limită de vârstă sau o pensie profesională anticipată;
- să nu aibă un loc de muncă.

Ce se asigură?

Persoanele asigurate au dreptul la:

- informații privind locurile de muncă disponibile;
- asistență în găsirea unui loc de muncă adecvat;
- prestații și alocații de șomaj.

Prestațiile de șomaj se plătesc între 4 și 12 luni, în funcție de durata perioadei totale de asigurare a persoanei după cum urmează:

- pentru venit contributiv până la 3 ani, prestațiile se plătesc timp de 4 luni;
- între 3 și 5 ani, prestațiile se plătesc timp de 6 luni;
- între 5 și 10 ani, prestațiile se plătesc timp de 8 luni;
- între 10 și 15 ani, prestațiile se plătesc timp de 9 luni;
- între 15 și 20 ani, prestațiile se plătesc timp de 11 luni;
- peste 25 de ani, prestațiile se plătesc timp de 12 luni.

Prestația zilnică de șomaj este în cuantum de 60% din salariul mediu sau din venitul contributiv mediu pentru care se plătesc sau se datorează contribuții la fondul de șomaj în ultimele 18 luni calendaristice anterioare celei în care încetează asigurarea. Acestea nu vor fi mai mici decât un cuantum minim fix. Cuantumul minim zilnic al prestației de șomaj este stabilit anual prin Legea bugetului public al asigurărilor sociale. Începând cu 1 ianuarie 2011, cuantumul minim zilnic al prestației de șomaj este de 7,2 BGN (3,68 EUR).

Persoanele șomere care și-au părăsit locul de muncă la cerere, cu acordul lor sau din cauza propriei conduite necorespunzătoare primesc cuantumul minim al prestației de șomaj timp de 4 luni.

Cum puteți obține prestații de șomaj?

Prestația de șomaj se acordă pe baza unei cereri depuse la unitatea regională a Institutului Național de Asigurări Sociale (INAS). Cererea se depune personal pe baza domiciliului permanent sau actual. Prestația de șomaj se plătește de la data încetării asigurării, dacă cererea este completată în termen de 3 luni de la această dată. Dacă



cererea este depusă, din motive inacceptabile, ulterior acestei date, prestația în numerar se plătește pentru perioada specificată din care se scade perioada de întârziere.

Prestațiile de șomaj în numerar sunt plătite de Institutul Național de Asigurări Sociale în contul bancar declarat de persoană.

Dreptul dumneavoastră la prestații de șomaj atunci când vă stabiliți într-o altă țară din Europa

În mod normal, statul membru în care sunteți angajat este responsabil pentru acordarea prestațiilor de șomaj. Se aplică dispoziții speciale pentru lucrătorii din zona de frontieră și alți lucrători transfrontalieri care și-au menținut reședința într-un alt stat membru decât cel în care lucrează.

Perioadele de asigurare sau de ocupare a unui loc de muncă încheiate în alte țări din Uniunea Europeană, în Islanda, Liechtenstein, Norvegia sau Elveția pot fi utilizate pentru a îndeplini condițiile privind contribuțiile.

Dacă doriți să căutați un loc de muncă într-o altă țară din Uniunea Europeană, în Islanda, Liechtenstein, Norvegia sau Elveția, puteți exporta aceste prestații în anumite condiții pe o perioadă limitată de timp*.

Informații suplimentare referitoare la coordonarea drepturilor de securitate socială în cazul în care vă stabiliți sau călătoriți într-o altă țară sunt disponibile la <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

* Unele prestații în numerar speciale de tip necontributiv sunt acordate exclusiv în țara de reședință a beneficiarului și, prin urmare, nu sunt „exportabile”. Aceste prestații sunt enumerate în anexa II inclusă la sfârșitul prezentului ghid.



Capitolul XI: Resurse minime

Când aveți dreptul la prestații pentru resurse minime?

Prestațiile sociale în numerar sau în natură completează sau asigură un venit care să garanteze nevoile de bază pentru trai sau care să satisfacă nevoile suplimentare ale persoanelor și familiilor. Prestațiile sociale sunt oferite persoanelor care au epuizat toate celelalte posibilități de autoîntreținere și întreținere de către rude.

Persoanele sau familiile al căror venit din luna anterioară este mai mic decât un venit minim diferențiat prestabilit au dreptul la o prestație lunară.

Ce se asigură?

Consiliul de miniștri stabilește cuantumul lunar al venitului minim garantat (VMG), care servește drept bază pentru determinarea cuantumurilor asistenței sociale. În 2011, VMG este în cuantum de 65 BGN (33 EUR).

Persoanele și familiile cu venituri mici au dreptul la asistență socială lunară, la prestații de asistență socială specială pentru acoperirea nevoilor specifice asociate deplasării, afecțiunii, tratamentului medical în străinătate, locuinței etc., sau la prestații de asistență socială forfetare pentru satisfacerea nevoilor excepționale.

În plus, persoanele și familiile al căror venit se situează sub un anumit nivel ar putea primi o alocație de încălzire pentru o perioadă de 5 luni consecutive (noiembrie – martie). Cuantumul alocației lunare de încălzire este stabilit de ministrul muncii și politicilor sociale.

Cum puteți obține prestațiile pentru resurse minime?

Prestațiile sociale se acordă pe baza unei cereri depuse de persoanele aflate în dificultate sau de reprezentanții lor autorizați. Ajutorul se acordă în urma analizării următoarelor aspecte:

- venitul persoanei sau al familiei;
- situația bunurilor persoanei;
- situația familială a persoanei;
- starea sănătății persoanei;
- orice angajamente de muncă și/sau educaționale;
- vârsta.

Prestațiile sociale sunt scutite de impozite și taxe.

Persoanele șomere de vârstă activă care primesc o alocație lunară și care nu sunt incluse în programe de ocupare a forței de muncă sunt obligate să desfășoare activități în folosul comunității timp de 4 ore zilnic pe o perioadă de 14 zile în cadrul programelor organizate de administrația municipală pentru furnizarea de servicii sociale, programelor de mediu, de dezvoltare și igienizare a așezărilor și altor programe de activități comunitare.



Dreptul dumneavoastră la prestații pentru resurse minime atunci când vă stabiliți într-o altă țară din Europa

Unele prestații în numerar speciale de tip necontributiv sunt acordate exclusiv în țara de reședință a beneficiarului și, prin urmare, nu sunt „exportabile”. Aceste prestații sunt enumerate în anexa II inclusă la sfârșitul prezentului ghid.

Normele de coordonare ale UE se aplică doar prestațiilor de securitate socială, nu și celor de asistență socială.

Informații suplimentare referitoare la coordonarea drepturilor de securitate socială în cazul în care vă stabiliți sau călătoriți într-o altă țară sunt disponibile la <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.



Capitolul XII: Îngrijire pe termen lung

Când aveți dreptul la îngrijire pe termen lung?

Îngrijirea pe termen lung este necesară atunci când o persoană se îmbolnăvește sau suferă de o invaliditate din cauza căreia nu își poate desfășura activitățile zilnice obișnuite, existând probabilitatea ca această invaliditate să continue pe termen lung. În cazul persoanelor în vârstă, acest lucru este, de regulă, cauzat de o mai mare fragilitate datorată îmbătrânirii sau de consecințele cronice ale unor afecțiuni acute precum un accident vascular cerebral, o cădere sau artrită severă. Îngrijirea pe termen lung poate fi, de asemenea, necesară în cazul în care o persoană suferă de tulburări mentale. Cea mai frecventă formă de tulburare mentală la persoanele în vârstă este boala Alzheimer.

În Bulgaria, îngrijirea pe termen lung intră sub incidența sectorului de asistență socială. Sectorul de securitate socială, conform principiului contributiv al plății de contribuții pentru un set de riscuri sociale, nu asigură, în prezent, protecție socială pentru îngrijirea pe termen lung.

Ce se asigură?

Îngrijirea pe termen lung se acordă în conformitate cu unul dintre următoarele programe de stat:

- se acordă majorări de pensii pentru asistență externă pensionarilor care și-au pierdut peste 90% din capacitatea de muncă și care au în permanență nevoie de asistență externă. Aceștia primesc o majorare de pensie de 75% din pensia socială pentru limită de vârstă.
- Programul național „Asistenți pentru persoane cu handicap” asigură îngrijire într-un mediu familial persoanelor cu handicap sau grav bolnave. Scopul programului este acela de a asigura persoanelor șomere un loc de muncă fie ca asistent personal, fie ca asistent social. Asistenții personali ajută familiile în care există o persoană cu handicap care necesită îngrijire permanentă. Asistenții sociali ajută persoanele cu handicap, bolnave sau grav bolnave ori singure în activitățile lor zilnice, organizându-le timpul liber și desfășurând activități pentru includerea acestora în societate. Programul este finanțat din bugetul de stat.
- programul de „asistență personală”, pus în aplicare de Agenția de Asistență Socială și de municipalități, încurajează incluziunea socială a copiilor cu handicap și a persoanelor care suferă de boli severe, prin oferirea de îngrijiri permanente care să le permită satisfacerea nevoilor zilnice. Programul este finanțat de Fondul Social European.
- programul pentru activități de „asistență socială” și „asistență la domiciliu” finanțează proiecte ale municipalităților și ONG-urilor care au solicitat desfășurarea acestor activități. Programul este finanțat de Fondul Social European.
- instituții specializate pentru servicii sociale din cadrul Agenției de Asistență Socială oferă servicii sociale în cămine tip pensiune în care persoanele sunt separate de mediul de acasă. Acestea includ cămine de copii, cămine pentru adulți cu handicap, instituții profesionale socio-educative, cămine de bătrâni și cămine pentru cazare temporară.



Asistentul personal oferă îngrijire persoanelor în vârstă și copiilor cu handicap sever care necesită îngrijire pe tot parcursul zilei. Posibilii beneficiari sunt:

- persoanele care necesită îngrijire constantă, cu o invaliditate permanentă de cel puțin 90% și care au dreptul la asistență externă;
- copiii cu o capacitate de adaptare socială redusă în proporție de cel puțin 50% care au dreptul la asistență externă;
- persoanele sau copiii externați din instituții specializate pentru persoane cu handicap.

Un asistent social poate lucra cu fracțiuni de normă, iar serviciul poate fi utilizat numai pentru cazuri de gravitate medie, atunci când persoana îngrijită este scoasă din casă pentru a socializa sau este transportată la reabilitare sau la locul de muncă, în cazul în care desfășoară activități economice. Posibilii beneficiari sunt:

- persoanele cu o invaliditate permanentă de cel puțin 90%, cărora li s-a prescris asistență externă;
- copiii cu o capacitate de adaptare socială redusă în proporție de cel puțin 50% care au dreptul la asistență externă;
- persoanele grav bolnave și fără sprijin care nu se pot îngriji singure;
- persoanele/ copiii externați dintr-o instituție specializată pentru persoane cu handicap.

Persoanele eligibile pentru a beneficia atât de serviciile unui asistent personal, cât și de cele ale unui asistent social trebuie să aleagă între cei doi.

Asistentul la domiciliu nu deține calificări speciale și desfășoară sarcini de îngrijire de rutină.

Cum puteți beneficia de îngrijire pe termen lung?

Majorare de asistență externă

Dreptul la o majorare de asistență externă este evaluat de Comisia teritorială de expertiză medicală (CTEM) sau de Comisia națională de expertiză medicală (CNEM). Acestea emit o decizie privind faptul că persoana nu se poate îngriji singură și necesită asistența unei alte persoane. La solicitarea unei majorări de pensie de asistență externă, trebuie anexate următoarele documente:

- formularul de cerere;
- decizia CTEM conținând toate datele necesare cu privire la starea de sănătate a pensionarului, gradul de pierdere a capacității de muncă și datele referitoare la valabilitatea dreptului la supliment;
- decizia comisiei medicale din cadrul unității regionale a Institutului Național de Asigurări Sociale (INAS).

Servicii sociale furnizate în cadrul comunității

Persoanele care doresc să beneficieze de servicii sociale trebuie să adreseze o cerere:

- directorului Direcției pentru Asistență Socială – pentru servicii sociale delegate de stat;
- primarului orașului – pentru servicii sociale furnizate de autoritățile locale;
- organismului de conducere - dacă prestatorul de servicii este o persoană fizică înregistrată în temeiul Legii societăților comerciale sau o entitate juridică.



Dreptul dumneavoastră la îngrijire pe termen lung atunci când vă stabiliți într-o altă țară din Europa

Prestațiile pentru îngrijirea pe termen lung intră, de asemenea, în sfera normelor UE de coordonare a securității sociale, ca și prestațiile de boală. Prestațiile în numerar pentru îngrijirea pe termen lung se plătesc în conformitate cu legislația statului în care sunteți asigurat, indiferent de statul în care aveți reședința sau în care vă aflați*.

Prestațiile în natură pentru îngrijirea pe termen lung se acordă în conformitate cu legislația statului în care aveți reședința sau în care vă aflați, ca și cum ați fi asigurat în acel stat.

Informații suplimentare referitoare la coordonarea drepturilor de securitate socială în cazul în care vă stabiliți sau călătoriți într-o altă țară sunt disponibile la <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

* Unele prestații în numerar speciale de tip necontributiv sunt acordate exclusiv în țara de reședință a beneficiarului și, prin urmare, nu sunt „exportabile”. Aceste prestații sunt enumerate în anexa II inclusă la sfârșitul prezentului ghid.



Anexa I: Adrese și site-uri utile

Un tabel detaliat privind mecanismele de securitate socială din Bulgaria și din alte state membre este disponibil pe site-ul rețelei MISSOC:

Pentru probleme de securitate socială care privesc mai multe țări ale UE, puteți căuta o instituție de contact din Europa în registrul public al instituțiilor europene de securitate socială menținut de Comisia Europeană și disponibil la: <http://ec.europa.eu/social-security-directory>

AGENȚIA NAȚIONALĂ A VENITURILOR

Blvd. Kniaz Dondukov 52
1000 Sofia, Bulgaria
Telefon: (+359 2) 9859 3037
E-mail: infocenter@nra.bg
www.nra.bg

INSTITUTUL NAȚIONAL DE ASIGURĂRI SOCIALE

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

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

1407 Sofia
Str. Krichim 1
Informații pentru cetățeni: tel.: (+359) (0) 800 14 800 - linie telefonică națională
www.nhif.bg

MINISTERUL MUNCII ȘI POLITICILOR SOCIALE

Sofia 1051
Str. Triaditsa 2
Tel.: (+359 2) 8119 443; fax: (+359 2) 988 44 05; 986 13 18
E-mail: mlsp@mlsp.government.bg
www.mlsp.government.bg

COMISIA DE SUPRAVEGHERE FINANCIARĂ

1303 Sofia
Str. Shar Planina 33
centrală: (+359 2) 94 04 999
centrul de presă: (+359 2) 94 04 582; fax: (+359 2) 829 43 24
E-mail: bg_fsc@fsc.bg
www.fsc.bg



Anexa II: Prestații în numerar speciale de tip necontributiv

Unele prestații de securitate socială, denumite prestații în numerar speciale de tip necontributiv⁴, se acordă exclusiv în țara de reședință a persoanei în cauză. Prin urmare, nu este posibilă „exportarea” acestor prestații în numerar atunci când vă mutați într-o altă țară din Europa, chiar dacă vă supuneți în continuare legislației din Bulgaria.

Prestațiile speciale de tip necontributiv enumerate pentru Bulgaria sunt:

- Pensia socială pentru limită de vârstă (articolul 89 din Codul asigurărilor sociale)
- Alocația forfetară pentru sarcină (articolul 5a din Legea privind alocațiile familiale pentru copii)
- Alocații de întreținere plătite de stat în temeiul articolului 92 din Codul Familiei

⁴ În anexa X la Regulamentul (CE) nr. 883/2004, modificat prin Regulamentul (CE) nr. 988/2009.