



# Vos droits en matière de sécurité sociale

## *en Bulgarie*

Ce guide présente des informations préparées et mises à jour en étroite collaboration avec les correspondants nationaux du MISSOC, le système d'information mutuelle sur la protection sociale. De plus amples renseignements sur le réseau MISSOC sont disponibles à l'adresse: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=815>

Ce guide fournit une description générale du régime de sécurité sociale applicable dans les pays respectifs. Des informations supplémentaires peuvent être obtenues à travers d'autres publications MISSOC, toutes disponibles à l'adresse mentionnée ci-dessus. Vous pouvez également contacter les autorités et institutions compétentes énumérées à l'annexe du présent guide.

Ni la Commission européenne ni aucune personne agissant au nom de la Commission ne sont responsables de l'usage qui pourrait être fait des informations contenues dans cette publication.

## Table des matières

Chapitre I: Généralités, organisation et financement .....	4
Introduction .....	4
Organisation de la protection sociale .....	4
Financement .....	5
Chapitre II: Soins de santé .....	7
Ouverture des droits .....	7
Couverture de l'assurance.....	8
Modalités d'accès .....	10
Chapitre III : Prestations de maladie en espèces .....	11
Ouverture des droits .....	11
Couverture de l'assurance.....	11
Modalités d'accès .....	12
Chapitre IV: Prestations de maternité et de paternité.....	13
Ouverture des droits .....	13
Couverture de l'assurance.....	14
Modalités d'accès .....	14
Chapitre V: Prestations d'invalidité .....	15
Ouverture des droits .....	15
Couverture de l'assurance.....	15
Modalités d'accès .....	16
Chapitre VI: Pensions et prestations de vieillesse .....	17
Ouverture des droits .....	17
Couverture de l'assurance.....	18
Modalités d'accès .....	18
Chapitre VII: Prestations en faveur des survivants.....	20
Ouverture des droits .....	20
Couverture de l'assurance.....	21
Modalités d'accès .....	21
Chapitre VIII: Prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles .....	22
Ouverture des droits .....	22
Couverture de l'assurance.....	22
Modalités d'accès .....	22
Chapitre IX: Prestations familiales .....	24
Ouverture des droits .....	24
Couverture de l'assurance.....	24
Modalités d'accès .....	25
Chapitre X: Chômage.....	26
Ouverture des droits .....	26
Couverture de l'assurance.....	26
Modalités d'accès .....	27
Chapitre XI : Garantie de ressources.....	28
Ouverture des droits .....	28
Couverture de l'assurance.....	28
Modalités d'accès .....	28
Chapitre XII : Soins de longue durée .....	30
Ouverture des droits .....	30
Couverture de l'assurance.....	30
Modalités d'accès .....	31
Annexe: Adresses des institutions et sites internet utiles .....	33

## Chapitre I : Généralités, organisation et financement

### Introduction

La protection sociale en Bulgarie comprend les régimes d'assurance sociale classiques basés sur les cotisations, la sécurité sociale non contributive et l'aide sociale, avec le système de services sociaux. Elle prévoit des programmes spécifiques d'aide sociale et de soins, la création d'emplois pour les groupes défavorisés, des allocations familiales pour enfants, etc. Le régime de sécurité sociale non contributif et celui d'aide sociale sont financés par le budget de l'État. Un ensemble de critères, dont l'examen des conditions de ressources, est appliqué à ces régimes pour évaluer l'ouverture des droits. Les régimes d'assurance sociale sont financés grâce à des budgets spéciaux des caisses d'assurance sociale.

L'assurance sociale publique gérée par l'Institut national d'assurance prévoit des indemnités en espèces, des prestations et des pensions dans les cas suivants:

- incapacité de travail temporaire;
- maternité;
- réduction temporaire de la capacité de travail (réaffectation);
- le chômage;
- l'invalidité;
- vieillesse;
- décès.

L'assurance maladie obligatoire ainsi que les soins de santé financés par le budget, proposent un ensemble d'activités de soins de santé, financés soit par le budget de la Caisse nationale d'assurance maladie soit par le budget de l'État suivant le régime.

L'aide sociale, telle que définie dans la législation nationale, couvre les prestations en espèces ou en nature, qui complètent ou remplacent les revenus jusqu'à hauteur des besoins élémentaires pour vivre ou viennent combler un besoin occasionnel des personnes et familles aidées.

### Organisation de la protection sociale

Le modèle bulgare des soins de santé comprend un régime basé sur l'assurance et un régime financé par l'impôt.

Les régimes publics d'assurance sociale prévoient des prestations en espèces et des pensions pour les risques de maladie, invalidité, maternité, maladies professionnelles et accidents du travail, vieillesse et décès. Outre les régimes de sécurité sociale, le système d'aide sociale prévoit une protection contre le risque de pauvreté qui couvre également les prestations familiales au titre de la législation bulgare.

Le modèle bulgare des pensions se compose de trois piliers. Depuis 2000, outre le régime par répartition, un régime de retraite complémentaire obligatoire a été introduit – second pilier. Il couvre toutes les personnes obligatoirement affiliées à l'assurance publique, nées après le 31 décembre 1959 (régime universel) ainsi que les travailleurs exposés à des conditions de travail dangereuses (caisses de retraite professionnelles). Le troisième pilier comprend une assurance pension volontaire au

sein duquel des régimes professionnels régis par la directive concernant les activités et la surveillance des institutions de retraite professionnelle (directive IRP) ont été introduits. Les régimes du second et du troisième pilier sont administrés par des compagnies d'assurance privées, soumises au contrôle de la Commission de contrôle financier (*Комисия за финансов надзор*).

Le fonctionnement des institutions de sécurité sociale est soumis à un contrôle légal, exercé à la fois par le parlement et le Conseil des ministres, en coopération avec les organisations représentatives des partenaires sociaux et d'autres organisations de la société civile, comme les organisations de défense des patients, sous la supervision du pouvoir judiciaire.

Le ministère du travail et de la politique sociale (*Министърът на труда и социалната политика*) élabore et édicte la politique relative à l'assurance sociale publique, aux régimes de pension obligatoire et complémentaire et à l'aide sociale.

Le ministère de la santé (*Министърът на здравеопазването*) élabore et édicte la politique relative aux soins de santé, tant dans le régime basé sur l'assurance que celui financé par l'impôt.

L'Agence nationale des recettes (*Националната агенция за приходите*), créée en 2005, est chargée de fixer, de contrôler et de collecter aussi bien les impôts que les cotisations aux assurances sociales.

L'Institut national des assurances sociales (*Националният осигурителен институт*), créé en 1995, organise l'affiliation à l'ensemble des régimes d'assurance publique pour les prestations en espèces.

La caisse nationale d'assurance maladie (*Националната здравноосигурителна каса*), créée en 1999, a commencé à passer des contrats avec des prestataires de santé le 1<sup>er</sup> juillet 2000.

L'Agence pour l'emploi (*Агенцията по заетостта*) créé en 1990, prend des mesures visant à favoriser le retour à l'emploi des chômeurs, indépendamment de leur affiliation à l'assurance.

L'Agence d'assistance sociale (*Агенцията за социално подпомагане*) organise les activités relatives aux garanties de ressources, à l'aide sociale et aux prestations familiales.

En 2005, l'Agence des personnes handicapées (*Агенция за хората с увреждания*) a été créée pour mettre en œuvre les différentes activités relatives à l'insertion de ces personnes.

## Financement

Le régime de sécurité sociale est financé par les cotisations d'assurance nationales versées par les employeurs, les salariés et les travailleurs indépendants ainsi que par le budget de l'État. L'aide sociale est exclusivement financée par le budget de l'État.

## Contributions

Les cotisations d'assurance correspondent à un pourcentage du revenu cotisable. Elles sont réparties entre l'assureur et l'assuré à 60 et 40% respectivement (uniquement

les caisses «maladie générale et maternité» et «chômage»). La cotisation totale à l'assurance pension pour les salariés de la troisième catégorie de travail s'élève à 17,8% (9,9% pour l'assureur et 7,9% pour l'assuré). Pour les assurés nés après le 31 décembre 1959, la cotisation à l'assurance pension est de 12,8% (7,1% pour l'assureur et 5,7% pour l'assuré). Depuis le 1er janvier 2009, 12% de la somme des revenus cotisables de tous les assurés pour l'année civile sont reversés du budget de l'État vers la caisse de «pensions».

L'État prend en charge les cotisations des fonctionnaires, juges, procureurs, instructeurs, huissiers et autre personnel de justice ainsi que celles du personnel de l'armée.

Les travailleurs indépendants s'acquittent eux-mêmes de la totalité de leurs cotisations.

Les cotisations relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles varient en fonction des conditions de travail de 0,4 à 1,1% et sont intégralement à la charge de l'employeur/assureur.

Les cotisations au fonds de garantie relatif aux créances des employés sont entièrement à la charge des employeurs (0,1% en 2010). En 2013, le versement de cotisations à ce fonds a été provisoirement suspendu.

Les travailleurs de la première et deuxième catégorie de travail sont obligatoirement assurés par la caisse de retraite professionnelle pour l'assurance pension complémentaire obligatoire. Le montant de la cotisation est de 12% pour la première catégorie de travail et de 7% pour la seconde. Les cotisations sont entièrement prises en charge par l'employeur. Ce dernier est tenu de verser 3% supplémentaires des cotisations à la caisse de «pensions» à sa charge. Un montant supplémentaire de 4,3% est versé au profit des enseignants à la caisse de retraite des enseignants à la charge de l'assureur. Pour les personnes nées après le 1er janvier 1960, les cotisations à la caisse de «pensions» sont réduites. La différence de 5% est créditée sur le compte individuel d'une caisse de retraite universelle pour l'assurance pension complémentaire obligatoire.

Le plafond mensuel du revenu cotisable s'élève à BGN 2.200 (€ 1.125). Les cotisations de sécurité sociale sont dues sur les revenus mensuels bruts perçus, y compris cumulés et non payés. Les cotisations ne peuvent être inférieures au revenu cotisable minimum tel que défini en fonction des grands secteurs d'activité économique et des catégories de qualifications professionnelles.

Dans le cas des personnes pour lesquelles aucun revenu cotisable minimum n'a été défini, les cotisations sont dues sur le salaire minimum national mensuel.

Le revenu cotisable minimum pour les travailleurs indépendants varie entre BGN 420 (€ 215) et BGN 550 (€ 282) selon leur revenu imposable annuel de 2011. Pour les personnes n'ayant pas exercé d'activité lucrative en 2011 et pour les indépendants qui ont débuté leur activité économique en 2012 et 2013, le montant minimum du revenu cotisable est de BGN 420 (€ 215).

## Chapitre II: Soins de santé

### Ouverture des droits

#### Au sein des régimes de santé financés par l'impôt:

1. les ressortissants bulgares;
2. les étrangers résidents permanents ou de longue durée en Bulgarie;

NB – les autres ressortissants de l'UE ne sont pas des étrangers au sens de la législation bulgare, les ressortissants de l'UE ont les mêmes droits et obligations que les ressortissants bulgares en vertu du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne.

#### Au sein de l'assurance maladie obligatoire

Le régime d'assurance maladie obligatoire en Bulgarie est géré par la caisse nationale d'assurance maladie. Cette caisse propose un ensemble de services de santé de base, reposant sur les cotisations versées à l'assurance maladie obligatoire.

Le système d'assurance maladie obligatoire s'applique aux catégories suivantes:

1. tous les citoyens bulgares qui ne possèdent pas d'autre nationalité;
2. les citoyens bulgares qui ont également une autre nationalité mais résident en permanence sur le territoire de la République de Bulgarie;
3. les ressortissants étrangers ou les apatrides qui bénéficient d'un permis de séjour permanent ou de longue durée sur le territoire de la République de Bulgarie, sauf disposition contraire d'un accord international dont la République de Bulgarie est partie;
4. les personnes qui ont le statut de réfugié, bénéficient d'une protection humanitaire ou du droit d'asile;
5. les étudiants et doctorants étrangers admis dans les universités ou organisations scientifiques du pays en vertu du décret du Conseil des ministres n° 103 de 1993 sur la mise en œuvre des activités éducatives pour les Bulgares à l'étranger et le décret du Conseil des ministres n° 228 de 1997 pour l'admission des citoyens de République de Macédoine dans les universités d'État de la République de Bulgarie;
6. les personnes n'entrant pas dans les cas de figure cités aux points 1 à 5 ci-dessus, et qui sont assujetties à la législation bulgare conformément aux règles de coordination de la sécurité sociale.

Les personnes qui sont couvertes par l'assurance maladie dans un autre État membre, ne sont pas obligatoirement assurées par la caisse nationale d'assurance maladie, conformément aux règles de coordination de la sécurité sociale.

Les droits en matière d'assurance maladie des personnes qui sont tenues de verser des cotisations d'assurance maladie entièrement à leur charge, sont suspendus si elles n'ont pas cotisé plus de trois mois au cours d'une période de 36 mois, jusqu'au mois précédant celui où les services de santé ont été servis. Les personnes concernées peuvent recouvrer leur assurance si elles s'acquittent des cotisations de santé impayées pour les 36 derniers mois. Leurs droits à l'assurance maladie sont alors restaurés à compter de la date du paiement des cotisations dues. Les sommes payées pour les soins médicaux préalablement reçus ne sont pas remboursées. Lorsque le

paiement des cotisations relève d'une obligation de l'employeur ou d'une autre personne, le non paiement des cotisations ne prive pas la personne de ses droits à l'assurance maladie.

## Couverture de l'assurance

### Couverture du régime de santé financé par l'impôt

Le régime financé par l'impôt propose les prestations suivantes aux ressortissants bulgares et certaines catégories d'étrangers disposant d'un permis de séjour de longue durée:

- aide médicale d'urgence;
- soins obstétricaux pour toutes les femmes sans assurance maladie, quel que soit le type d'accouchement, dans une portée et par une procédure juridiquement fixées par le ministre de la santé;
- aide psychiatrique en hôpital;
- fourniture de sang et produits dérivés du sang;
- transplantation d'organes, de tissus et cellules;
- traitements obligatoires et/ou isolement obligatoire;
- avis et rapports d'experts sur le niveau d'incapacité et la perte de longue durée de capacité de travail;
- paiement pour le traitement de maladies dans les termes et conditions fixés par le ministre de la santé;
- transport médical dans les termes et conditions fixés par le ministre de la santé.

### Couverture de l'assurance maladie obligatoire

L'assurance maladie obligatoire garantit à l'assuré un accès gratuit aux soins médicaux grâce à un dispositif de soins de santé de type, étendue et montant spécifiques, ainsi que le libre choix d'un prestataire de soins, ayant conclu un accord avec une caisse régionale d'assurance maladie.

Ce libre choix s'applique sur l'ensemble du territoire bulgare et ne peut être limité par d'éventuels critères géographiques et/ou administratifs.

La caisse nationale d'assurance maladie prend en charge le coût des services suivants:

1. services médicaux et dentaires pour la prévention de maladies;
2. services médicaux et dentaires pour le dépistage précoce de maladies;
3. soins médicaux en ambulatoire et avec hospitalisation pour le diagnostic et le traitement de maladies;
4. traitement continu, traitement de longue durée et réadaptation médicale;
5. soins médicaux d'urgence;
6. soins médicaux au cours de la grossesse, l'emploi et la maternité;
7. soins médicaux au titre de l'article 82, paragraphe 1, point 2 de la loi sur la santé;
8. avortements pratiqués pour raisons médicales et pour les grossesses résultant d'un viol;
9. services dentaires;
10. soins médicaux en cas de traitement à domicile;
11. prescription et délivrance de médicaments autorisés pour les traitements à domicile sur le territoire bulgare;

12. prescription et délivrance de médicaments et d'aliments diététiques à des fins médicales spéciales;
13. expertise médicale pour déterminer la capacité de travail;
14. services de transport pour raisons médicales;
15. activités liées à la santé selon l'article 82, paragraphe 2, point 3 de la Loi de la Santé (soins psychiatriques en milieu hospitalier);
16. vaccins, vaccinations et revaccinations obligatoires;
17. procréation assistée.

Les soins médicaux couverts dans le cadre du paragraphe précédent, à l'exception des points 11, 12 et 15, rentrent dans la définition du dispositif de base garanti par le budget de la caisse nationale d'assurance maladie. Ce dispositif de base est fixé par ordonnance du ministre de la santé.

Pour mener les activités prévues par cette législation, la caisse nationale d'assurance maladie et l'association des médecins bulgares adoptent et signent le Contrat-cadre national pour les activités médicales et la caisse nationale d'assurance maladie et l'association des dentistes bulgares adoptent et signent le Contrat-cadre national pour les activités de soins dentaires. Les contrats-cadres nationaux énoncent:

1. les exigences que les prestataires de soins médicaux doivent satisfaire ainsi que la procédure de conclusion de contrats avec eux;
2. les types spécifiques de soins médicaux prévus dans le dispositif de base;
3. les conditions et la procédure de dispense des soins dans le dispositif de base;
4. les critères relatifs à la qualité des soins et à leur accessibilité;
5. la documentation et le flux documentaire;
6. les obligations des parties en matière de services d'information et de communication;
7. d'autres questions importantes pour l'assurance maladie.

Le ministre de la santé dresse, par ordonnance, la liste des maladies pour lesquelles la caisse nationale d'assurance maladie rembourse entièrement ou partiellement les médicaments, les produits médicaux et les aliments diététiques aux fins médicales spéciales pour traitement à domicile. La caisse nationale d'assurance maladie rembourse entièrement ou partiellement jusqu'à trois produits pharmaceutiques enregistrés par maladie répertoriée. Les prix des produits sont fixés conjointement par la caisse nationale d'assurance maladie, les associations de médecins et de dentistes, les producteurs et les grossistes. La part du remboursement de la caisse nationale d'assurance maladie pour les produits enregistrés est fixée dans le contrat-cadre national annuel.

L'assuré participe aux frais de la consultation chez un médecin, un spécialiste en ambulatoire, ou un dentiste à hauteur de BGN 2,90 (€ 1,48).

Si l'assuré doit être hospitalisé, il doit verser BGN 5,90 (€ 3,01) par jour d'hospitalisation dans la limite de 10 jours par an. Suite à cette période de 10 jours, le patient n'est plus tenu de contribuer aux frais.

Sont exonérés de toute participation aux frais des soins médicaux en ambulatoire ou résidentiels ou des soins dentaires:

- les personnes atteintes de maladies figurant sur une liste annexée au contrat-cadre national;
- les mineurs et les membres de la famille au chômage;
- les personnes ayant subi des blessures durant ou en relation avec des exercices de défense nationale;

- les anciens combattants et invalides de guerre;
- les détenus et prisonniers;
- les personnes indigentes qui bénéficient de l'aide de l'État;
- les personnes sans revenus, placées dans un centre de soins;
- les professionnels de santé;
- les femmes enceintes et les jeunes mères, jusqu'à 45 jours après l'accouchement;
- les assurés atteints d'une invalidité grave et qui en plus souffrent de certaines maladies spécifiques;
- les patients atteints de tumeurs malignes.

Les personnes dont les droits à l'assurance maladie ont été interrompus doivent s'acquitter des frais des services de santé reçus.

## Modalités d'accès

### Choix d'un généraliste

Les assurés peuvent choisir librement leur médecin généraliste pour les soins primaires en ambulatoire ainsi que leur dentiste dans tout le pays. Les assurés peuvent changer de médecin généraliste chaque année civile, au cours des périodes allant du 1<sup>er</sup> au 30 juin et du 1<sup>er</sup> au 31 décembre. En cas de déménagement, l'assuré peut choisir un nouveau médecin généraliste à tout moment de l'année.

### Soins dentaires

Tout assuré a droit aux soins dentaires sur présentation de son dossier d'assurance maladie au dentiste de son choix, dans tout le pays.

### Traitement ambulatoire

Peuvent bénéficier de soins spécialisés en ambulatoire, les assurés disposant d'une «prescription médicale pour consultation ou traitement conjoint» de leur généraliste. Cette prescription peut être utilisée dans un délai de 30 jours calendaires suite à son émission. L'assuré peut choisir un spécialiste au sein de tout hôpital ayant signé un contrat avec la caisse régionale d'assurance maladie sur présentation de la prescription.

### Accès aux établissements de soins résidentiels

Les médecins et dentistes peuvent adresser leurs patients dans un établissement de santé pour des soins résidentiels dans tout le pays. L'hôpital (ou dispensaire) doit avoir signé un contrat avec la caisse régionale d'assurance maladie. Depuis 2011, le patient a la possibilité de choisir une équipe de médecins et d'infirmières au sein de l'établissement de santé.

## Chapitre III : Prestations de maladie en espèces

### Ouverture des droits

L'assurance sociale publique prévoit des prestations d'assurance sociale et des allocations en espèces pour les salariés assurés pendant les périodes d'incapacité temporaire, lorsqu'ils sont en phase de rétablissement et n'ont pas de revenus professionnels.

### Couverture de l'assurance

Les assurés ont droit aux prestations liées à une incapacité temporaire de travail dans les cas suivants:

- maladie;
- accidents – à l'exception des accidents du travail;
- examen en raison d'une maladie;
- mise en quarantaine;
- grossesse;
- maternité;
- réaffectation – maladie;
- réaffectation - grossesse;
- traitement en sanatorium en raison d'une maladie;
- accompagnement d'un enfant de moins de 3 ans à l'hôpital;
- garde d'un enfant jusqu'à 18 ans;
- garde d'une personne malade de plus de 18 ans.

L'indemnité journalière en espèces en cas d'incapacité de travail temporaire en raison d'une maladie générale est de 80%, et pour une invalidité temporaire liée à un accident du travail ou une maladie professionnelle, jusqu'à 90% du salaire brut journalier moyen ou du salaire cotisable journalier moyen des 18 derniers mois, pour lequel des cotisations ont été versées ou sont dues.

Les indemnités en espèces en cas d'incapacité de travail temporaire liée à une maladie générale, un accident du travail ou une maladie professionnelle sont versées à compter du premier jour de maladie jusqu'au rétablissement ou à la déclaration d'invalidité permanente.

L'employeur verse les indemnités de maladie en espèces pour le premier, deuxième et troisième jour d'incapacité temporaire pour un montant égal à 70% du salaire brut moyen du salarié. Ensuite, une indemnité correspondant à 80% du revenu cotisable est versée par l'Institut national des assurances sociales.

## Modalités d'accès

Les congés pour incapacité de travail temporaire sont autorisés moyennant un certificat de congé maladie délivré par les autorités chargées d'évaluer la capacité de travail. Ce certificat est fourni le jour de la déclaration de l'incapacité, mais le congé peut débuter la veille, le jour même ou le lendemain de l'examen. Le certificat de congé maladie indique le type d'incapacité, la nécessité et le type de traitement ainsi que la durée du congé. Il doit être remis à l'employeur ou ce dernier doit en être informé immédiatement après sa délivrance et dans tous les cas, au plus tard dans un délai de deux jours ouvrables.

L'employeur accorde le congé, sans droit discrétionnaire, sur présentation du certificat de congé maladie. Le premier jour ouvrable d'incapacité temporaire, l'employeur verse à l'assuré le salaire brut journalier moyen du mois au cours duquel l'incapacité temporaire est apparue.

À partir du deuxième jour d'incapacité temporaire, les indemnités sont calculées et versées par l'Institut national des assurances sociales sur le compte bancaire déclaré par l'assuré.

## Chapitre IV: Prestations de maternité et de paternité

### Ouverture des droits

Les assurées bénéficient de prestations en espèces en cas de grossesse et de maternité en remplacement de leur salaire si elles justifient de 12 mois d'assurance couvrant ce risque.

### Indemnité de maternité

Les mères couvertes par l'assurance maladie et maternité ont droit à une indemnité en espèces de grossesse et de maternité pour une période de 410 jours calendaires débutant 45 jours avant la date d'accouchement prévue. Si l'accouchement intervient avant la fin de la période de 45 jours à partir de l'octroi de l'indemnité, la durée restante peut être utilisée après la naissance.

Le père assuré dans le cadre de la «caisse maladie générale et maternité » depuis au moins 12 mois, a droit à une indemnité légale de paternité pendant une période de 15 jours calendaires à compter de la naissance de l'enfant. Le montant de cette indemnité équivaut à 90% des revenus cotisables du père au cours des 24 derniers mois. Moyennant acceptation de la mère (ou de la mère adoptive), le père (ou le père adoptif) peut utiliser le solde des 410 jours à la place de la mère à partir du sixième mois de l'enfant et bénéficie alors de l'indemnité correspondante à la place de la mère.

À la fin du congé de grossesse et de maternité, la mère qui a été assurée pendant au moins 12 mois pour maladie générale et maternité a droit à une indemnité de garde d'enfants de moins de deux ans.

### Allocation de maternité pour les mères non assurées

Les femmes enceintes, dont le salaire mensuel moyen par membre de la famille est inférieur ou égal à un certain plafond, ont droit à une allocation forfaitaire au cours de la grossesse si elles ne peuvent bénéficier d'une indemnité de grossesse ou de maternité dans le cadre du code de l'assurance sociale et si elles résident de façon permanente dans le pays. Cette allocation est fixée chaque année par la loi sur le budget de l'État de la République de Bulgarie pour l'année correspondante, mais ne peut être inférieure au montant établi pour l'année précédente.

Si une femme enceinte est couverte pour les cas de maladie et de maternité, mais n'a pas droit aux prestations de grossesse ni de naissance car elle ne remplit pas la condition de durée d'affiliation en vertu du code de l'assurance sociale, le montant de l'allocation unique qui lui est versée est proportionnel au nombre de jours qui séparent le début du congé de maternité et de naissance, du moment où l'assurée atteint la durée d'affiliation requise en vertu du code de l'assurance sociale, sans excéder toutefois 45 jours.

Cette allocation de grossesse unique est versée 45 jours avant la date prévue de l'accouchement.

## Couverture de l'assurance

L'indemnité journalière en espèces au cours de la grossesse et la maternité est égale à 90% du salaire brut moyen ou du revenu cotisable au cours des 24 derniers mois pour lesquels des cotisations ont été versées ou sont dues. Le montant des indemnités ne peut être inférieur au salaire minimum légal et ne peut excéder la rémunération nette moyenne.

Le montant des prestations de garde d'un enfant de moins de deux ans est fixé par la loi sur le budget de l'assurance sociale publique, et s'élève à BGN 240 (€ 123).

Si l'enfant est placé en adoption ou dans une école maternelle avec allocation de subsistance de l'État complète, la prestation cesse d'être versée dès le lendemain.

## Modalités d'accès

Pour prétendre à cette prestation, le congé doit avoir été autorisé. Les autorités sanitaires délivrent un certificat de congé maladie. L'employeur accorde le congé sans pouvoir discrétionnaire, sur présentation du certificat de congé maladie.

## Chapitre V: Prestations d'invalidité

### Ouverture des droits

#### Pension d'invalidité

Les assurés ont droit à une pension d'invalidité en cas de perte totale ou partielle, de longue durée ou permanente, de leur capacité de travail.

Les assurés acquièrent le droit à une pension d'invalidité selon les conditions d'affiliation suivantes:

- jusqu'à l'âge de 20 ans: aucune durée d'affiliation n'est requise;
- Jusqu'à l'âge de 25 ans: une année d'affiliation;
- Jusqu'à l'âge de 30 ans: trois années d'affiliation;
- après 30 ans: cinq années d'affiliation;
- les personnes invalides de naissance ou dont l'invalidité est survenue avant l'entrée dans la vie active acquièrent le droit à une pension d'invalidité après une année d'assurance.

La pension d'invalidité est accordée aux personnes dont la capacité de travail est réduite de façon permanente de 50% ou plus. Le droit à pension naît à compter de la date d'invalidité.

Pour les personnes aveugles de naissance et les personnes qui ont perdu la vue avant d'entrer dans la vie active, la pension d'invalidité est versée à compter de la date de la demande. Elle est accordée pour toute la durée de l'invalidité.

#### Allocation d'invalidité

Les assurés ont droit à une allocation d'invalidité liée à une maladie générale, lorsqu'ils n'ont pas cotisé suffisamment longtemps pour recevoir la pension d'invalidité.

### Couverture de l'assurance

#### Pension d'invalidité

Le montant de la pension d'invalidité consécutive à une maladie générale est déterminé en multipliant le revenu sur la base duquel est calculée la pension, par la somme correspondant à 1,1% pour chaque année d'affiliation. En outre, la durée de l'affiliation est multipliée par un coefficient qui dépend du degré d'invalidité, comme suit:

- degré d'invalidité de plus de 90%: 0,9;
- degré d'invalidité compris entre 71% et 90%: 0,7;
- degré d'invalidité compris entre 50% et 70,99%: 0,5.

Les pensionnés atteints d'une incapacité de plus de 90% et qui ont besoin de l'assistance permanente d'une tierce personne perçoivent un supplément égal à 75%

de la pension sociale de vieillesse. Ce supplément vient s'ajouter à toute pension, quel que soit son type. Il est versé à la personne retraitée et non au prestataire de l'aide.

### **Pension sociale d'invalidité**

Le droit à une pension sociale d'invalidité est accordé aux personnes ayant atteint 16 ans et dont la capacité de travail est réduite en permanence ou dont le degré de handicap est de plus de 71%.

Le montant de la pension sociale d'invalidité pour les personnes dont la capacité de travail est réduite en permanence ou dont le degré de handicap est de plus de 90% s'élève à 120%. Les personnes dont la capacité de travail est réduite en permanence de 71 à 90% reçoivent 110% de la pension sociale de vieillesse.

### **Allocation d'invalidité**

Le montant de l'allocation d'invalidité liée à une maladie générale lorsque l'assuré n'a pas cotisé suffisamment longtemps pour recevoir une pension d'invalidité, est calculé en multipliant le montant journalier de l'allocation d'incapacité temporaire par 60.

À l'instar de la pension d'invalidité, un supplément pour assistance d'une tierce personne est accordé pendant toute la durée de l'incapacité, selon l'appréciation du Comité territorial d'expertise médicale) ou du Comité national d'expertise médicale, si la personne n'a pas atteint l'âge de la retraite au cours de l'année concernée. Dès que la personne atteint l'âge de la retraite, pendant la période mentionnée dans la décision des experts, le supplément pour assistance d'une tierce personne est versé à vie.

Le versement du supplément pour assistance d'une tierce personne cesse lorsque les conditions d'ouverture des droits ne sont plus remplies, par exemple, décès de l'assuré, changement de catégorie d'invalidité, etc.

### **Modalités d'accès**

#### **Pension d'invalidité**

La pension d'invalidité est accordée suite à une demande déposée auprès de l'Institut national des assurances sociales. Cette demande doit s'accompagner de la décision des experts du Comité territorial d'expertise médicale (Comité national d'expertise médicale) établissant le degré d'invalidité.

#### **Allocation d'invalidité**

Lorsque l'assuré ne dispose pas des périodes d'assurance nécessaires pour l'octroi d'une pension d'invalidité consécutive à une maladie générale, l'allocation d'invalidité est versée après dépôt d'une demande auprès de l'unité territoriale de l'Institut national des assurances sociales. Les documents suivants doivent être joints à la demande:

- justificatifs des périodes (d'emploi) contributives jusqu'à la date de l'invalidité;
- justificatifs du salaire brut ou des revenus sur lesquels les cotisations d'assurance ont été versées;
- la décision des experts du Comité territorial d'expertise médicale ou du Comité national d'expertise médicale.

## Chapitre VI : Pensions et prestations de vieillesse

### Ouverture des droits

La pension de vieillesse peut être demandée lorsque l'assuré atteint l'âge légal de la retraite et a cumulé un certain nombre d'années d'assurance:

- les hommes ont droit à une pension de vieillesse à l'âge de 63 ans et 8 mois s'ils comptent 37 années et 8 mois de cotisation;
- les femmes ont droit à une pension de vieillesse à l'âge de 60 ans et 8 mois si elles comptent 34 années et 8 mois de cotisation;
- les personnes qui n'ont pas cotisé suffisamment longtemps ont droit à une pension à l'âge de 65 ans et 8 mois, après 15 années d'affiliation.

Depuis le 31 décembre 2011, la durée d'affiliation exigée a commencé à s'allonger de quatre mois par année civile pour atteindre 40 ans pour les hommes et 37 ans pour les femmes. Depuis le 31 décembre 2011, l'âge de la retraite a commencé à augmenter de 4 mois par année civile jusqu'à atteindre 63 ans pour les femmes et 65 ans pour les hommes. Également depuis le 31 décembre 2011, l'âge de la retraite pour les personnes ne disposant pas des périodes d'assurance nécessaires a commencé à augmenter de 4 mois par année civile jusqu'à atteindre l'âge de 67 ans.

Pour les travailleurs et les salariés, la période d'assurance correspond à la période au cours de laquelle ils ont travaillé à plein temps conformément au temps de travail légal, si des cotisations ont été versées ou sont dues sur la rémunération perçue, qui ne peut être inférieur au revenu cotisable minimum. La période d'assurance est calculée en heures, jours, mois et années. Pour les travailleurs et salariés à temps partiel, la période d'assurance est calculée en divisant le nombre d'heures travaillées par le nombre d'heures de travail légales.

La loi sur l'assurance permet que certaines périodes soient reconnues comme des périodes d'assurance sans devoir verser de cotisations. Ces périodes d'assurance sans cotisations correspondent aux périodes de congé payé et sans solde pour l'éducation d'un enfant, de congé payé et sans solde en cas d'incapacité de travail temporaire, de congé payé et sans solde en cas de grossesse et de maternité et de congé sans solde dans la limite de 30 jours ouvrables par année civile ainsi que les périodes pendant lesquelles la personne a reçu des allocations de chômage .

La loi sur l'assurance offre également la possibilité, sous certaines conditions, d'acheter des périodes d'assurance.

### Pension sociale de vieillesse

Une pension sociale de vieillesse peut être accordée à l'âge de 70 ans, aux personnes dont le revenu annuel par membre de la famille est inférieur au revenu minimum garanti, à savoir BGN 65 (€ 33). La pension sociale de vieillesse est un type spécifique de pension qui n'est pas lié à l'emploi. Le droit à cette prestation est ouvert aux personnes ne bénéficiant pas d'une pension de vieillesse en raison d'une durée d'affiliation insuffisante. Cette pension n'est pas versée par les caisses d'assurance mais par le budget de l'État. La pension sociale de vieillesse correspond à un type d'aide sociale qui est qualifié de «pension» en raison de sa périodicité (mensuelle) et de sa gestion par l'Institut national des assurances sociales.

## Couverture de l'assurance

La base de calcul de la pension de vieillesse légale est obtenue en multipliant le revenu cotisable mensuel national moyen (des 12 mois précédant l'ouverture des droits à pension) par le coefficient individuel de l'assuré. Le coefficient individuel est déterminé à partir du revenu cotisable mensuel moyen de l'assuré.

La base de calcul est alors multipliée par 1,1% pour chaque année d'affiliation et un montant proportionnel pour chaque mois supplémentaire d'affiliation. En outre, la base de calcul est multipliée par 4% pour chaque année d'affiliation dans les cas où la personne a atteint 37 ans et 8 mois d'affiliation pour les hommes ou 34 ans et 8 mois pour les femmes et continue de travailler après avoir atteint l'âge de la retraite, sans s'être vu attribuer de pension.

Le montant de la pension de vieillesse ne peut être inférieur à un certain seuil ni dépasser un plafond maximum. Le montant minimal de la pension de vieillesse est fixé par la loi sur le budget de l'assurance sociale publique et s'élève à BGN 150 (€ 77). Le montant maximal de la pension (pour toutes les pensions, majorations non comprises) accordée(s) jusqu'au 31/12/2013 est déterminé, au 1<sup>er</sup> avril de chaque année civile, à hauteur de 35% du revenu cotisable maximum de l'année en question. A compter du 1<sup>er</sup> avril 2013 le revenu cotisable maximum est de BGN 2.200 (€ 1.125), ce qui porte la pension maximale à BGN 770 (€ 394).

Toutes les pensions liquidées avant le 31 décembre de l'année précédente sont revalorisées annuellement au 1<sup>er</sup> juillet sur décision de l'organe de contrôle de l'Institut national des assurances sociales en fonction d'un taux égal à l'indice des prix à la consommation au cours de l'année précédente. Les pensions ont été revalorisées au 1<sup>er</sup> avril 2013 selon l'Indice moyen annuel déclaré des prix à la consommation (RAAICP) pour la période comprise entre le milieu de l'année 2009 et la fin de l'année 2012. Le pourcentage d'augmentation varie de 2,2% à 9,8%, en fonction de l'année où la pension a été accordée pour la première fois:

les pensions accordées pour la première fois avant le 1<sup>er</sup> janvier 2010: 9,8%;

les pensions accordées pour la première fois en 2010: 8,8%;

les pensions accordées pour la première fois en 2011: 5,7%;

les pensions accordées pour la première fois en 2012: 2,2%.

Le taux d'augmentation le plus faible s'applique aux pensions les plus récentes, comme ces pensions ont été moins touchées par l'inflation.

Le régime de pension de vieillesse complémentaire est basé sur les montants cumulés sur le compte individuel de la personne.

## Modalités d'accès

Pour recevoir une pension, l'assuré doit déposer une demande auprès de l'unité régionale de l'Institut national des assurances sociales. Elle doit être accompagnée des documents suivants:

- un état des services accomplis et/ou un état des périodes d'assurance et/ou une attestation des années de service; ou
- le salaire ou les revenus bruts sur lesquels les cotisations d'assurance ont été versées sur une période de trois années consécutives au cours des 15 dernières années d'assurance depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1997 au choix de l'assuré ou le revenu sur lequel les cotisations d'assurance ont été versées au cours de la période entre cette date et le départ à la retraite de la personne.

Si la demande à l'Institut national des assurances sociales a été soumise dans un délai inférieur à six mois avant la date d'expiration de l'assurance, les pensions seront accordées à compter de cette date. Si la demande a été déposée six mois après la date d'expiration de l'assurance, la pension est accordée à compter de la date de la demande.

Suite à la demande, une pension minimale est accordée dans un délai d'un mois et le montant réel de la pension est calculé puis versé ultérieurement.

### **Pension sociale de vieillesse**

Les documents à fournir pour l'octroi d'une pension sociale de vieillesse sont les suivants:

- la demande de pension sociale de vieillesse, basée sur un modèle approuvé par l'Institut national des assurances sociales;
- une déclaration de situation familiale et patrimoniale;
- une déclaration des revenus annuels des membres de la famille pour les 12 mois précédant la demande.

Dans le cadre de l'évaluation des revenus annuels des membres de la famille, sont considérés comme membres de la famille, l'époux, l'épouse, les enfants jusqu'à 18 ans non mariés et les enfants de plus de 18 ans handicapés, qui ne reçoivent pas d'autres revenus et qui ne sont pas mariés.

La pension sociale de vieillesse est accordée à vie. Les droits s'éteignent au décès du bénéficiaire.

## Chapitre VII : Prestations en faveur des survivants

### Ouverture des droits

Le droit à la pension de survivant est accordé aux enfants, au conjoint survivant ainsi qu'aux parents de l'assuré décédé.

Les enfants peuvent bénéficier d'une pension de survivant jusqu'à l'âge de 18 ans. Ensuite, les enfants de l'assuré décédé, qui ont plus de 18 ans et qui poursuivent des études ont droit à une pension de survivant pendant leurs études jusqu'à l'âge de 26 ans. Les enfants survivants d'un assuré décédé qui deviennent handicapés avant 18 ans peuvent également prétendre à une pension de survivant jusqu'à l'âge de 26 ans.

Le conjoint survivant a droit à une pension de survivant cinq ans avant qu'il parvienne à l'âge de la retraite (63 ans et 8 mois pour les hommes et 60 ans et 8 mois pour les femmes) ou avant cet âge s'il est atteint d'une incapacité de travail.

Les parents ont droit à une pension de survivant au décès de leurs enfants s'ils ont atteint l'âge de la retraite.

### Pension de survivant en cas de vieillesse et d'invalidité

Au décès de l'assuré, les héritiers reçoivent une pension équivalente au type de pension personnelle (à savoir, pensions de maladie générale, accident du travail ou maladie professionnelle) qu'aurait perçue la personne décédée en tant que personne handicapée ayant perdu plus de 90% de sa capacité de travail.

Si le défunt avait droit à une pension en raison de périodes d'assurance accomplies ou de son âge, ses héritiers reçoivent une pension de survivant calculée en fonction de la pension due au titre des périodes d'assurance accomplies et de l'âge si cette formule s'avère plus favorable pour eux.

En cas de décès du bénéficiaire d'une pension d'invalidité pour maladie générale ou d'une pension personnelle calculée à partir des périodes d'assurance accomplies et de l'âge, la pension de survivant est servie au taux mentionné ci-dessous, selon le type de pension perçue.

### Allocation de survivant

Les personnes retraitées dont le conjoint est décédé ont droit à un complément à partir de la pension du conjoint décédé (*добавка от пенсията на починал съпруг*), appelé complément de veuvage (*вдовишка добавка*). Ce complément de veuvage n'est versé qu'en tant que majoration d'une autre pension déjà accordée: les personnes qui ne bénéficient pas d'une pension à un autre titre ne peuvent prétendre à ce complément.

Le survivant doit donc remplir plusieurs conditions pour percevoir ce complément de veuvage:

- le survivant doit recevoir une pension personnelle ou une pension de survivant, quel que soit son type;
- le survivant ne doit pas s'être remarié après le décès du conjoint; le versement du complément cesse à compter de la date du remariage;
- le survivant ne doit pas recevoir de pension de survivant de la personne décédée.

Ce complément, calculé en pourcentage de la pension ou de la somme des pensions du conjoint décédé, est versé pour aider le conjoint survivant. Le pensionné survivant a droit à une majoration égale à 26,5% de sa pension ou de la somme des pensions du conjoint décédé. Pour le calcul de cette majoration, les éventuels compléments de pension du conjoint décédé ne sont pas pris en compte. Si le conjoint décédé n'a jamais reçu de pension, le complément est déterminé en fonction de la pension, ou de la somme des pensions, à laquelle le défunt aurait eu droit.

Dans le cas où la personne assurée est décédée suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle, le conjoint, les enfants et les parents ont droit à une allocation unique et à une pension de survivant. L'allocation unique est actuellement de BGN 540 (€ 276).

## Couverture de l'assurance

La pension de survivant représente un pourcentage de la pension personnelle due à la personne décédée comme suit:

1. un survivant: 50%
2. deux survivants: 75%
3. trois survivants ou plus: 100%

En cas de décès des deux parents (ou parents adoptifs), les enfants ont droit à une pension de survivant correspondant à la somme des pensions des défunts.

## Modalités d'accès

La pension de survivant est accordée sur demande déposée auprès de l'unité régionale compétente de l'Institut national des assurances sociales. La demande doit être accompagnée des documents suivants:

- certificat de survivant;
- déclaration de la part de l'école attestant que les enfants continuent à y suivre les cours;
- la décision d'un expert certifiant que les enfants sont devenus handicapés avant l'âge de 18 ans, ou avant l'âge de 26 ans si le handicap est survenu pendant la formation ou le service militaire.
- la décision d'un expert certifiant que les conjoint survivants n'ont pas atteint l'âge requis et sont en incapacité de travailler;
- déclaration attestant que les enfants n'ont pas été adoptés et certificat justifiant que le conjoint survivant ne s'est pas remarié;
- déclaration au nom des parents, attestant qu'ils ne reçoivent pas de pension personnelle et qu'ils ne sont pas privés de leurs droits parentaux et un document attestant qu'ils sont des parents;
- un document délivré ou certifié par le département militaire concerné certifiant que le décès est survenu pendant le service militaire - pour les parents des personnes décédées pendant le service militaire;
- justificatifs des périodes d'assurance de la personne décédée – état de services accomplis, état des périodes d'assurance et certificat des périodes d'assurance si la personne décédée n'était pas pensionnée.

## Chapitre VIII: Prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles

### Ouverture des droits

Toutes les personnes travaillant dans le cadre d'un contrat de travail, d'un contrat de service, occupant des fonctions électives, salariés de coopératives et dirigeants sont couverts par l'assurance obligatoire de la caisse des accidents du travail et des maladies professionnelles pour ces risques. Cela couvre l'invalidité, le décès, l'incapacité de travail temporaire et l'incapacité temporaire liée à un accident du travail ou une maladie professionnelle.

Le montant des cotisations d'assurance sociale versées par les assureurs est déterminé en pourcentage du revenu cotisable mensuel de l'assuré.

### Couverture de l'assurance

Indépendamment de la durée d'assurance, les assurés ont droit à:

- des prestations en nature en cas d'examens, analyses et traitements médicaux urgents;
- des traitements en sanatorium;
- des prestations en espèces en cas d'incapacité temporaire liée aux accidents du travail ou maladies professionnelles;
- des prestations en espèces pour la prévention et la réadaptation;
- des pensions d'invalidité liée aux accidents du travail ou maladies professionnelles;
- des prestations en espèces pour des appareillages techniques liés à l'invalidité.

Les indemnités journalières en espèces en cas d'incapacité temporaire liée aux accidents du travail ou maladies professionnelles sont égales à 90% du revenu journalier brut moyen ou du revenu journalier cotisable moyen des 18 derniers mois, pour lequel des cotisations ont été versées ou sont dues. Les indemnités sont versées à compter de la date de survenue de l'événement jusqu'à la guérison ou à la décision établissant une pension d'invalidité. Si l'incapacité temporaire est survenue dans les 30 jours calendaires suivant la cessation du contrat de travail ou de l'assurance, la prestation en espèces est versée pour la période d'incapacité mais au maximum pendant 30 jours calendaires.

### Modalités d'accès

L'ouverture du droit à ces prestations est conditionnée par l'autorisation du congé d'incapacité temporaire par le biais d'un certificat de congé maladie. Ce document est établi le jour de la déclaration de l'incapacité; toutefois, le congé peut débuter la veille, le jour même ou le lendemain de l'examen. Le certificat de congé maladie indique le type d'incapacité, la nécessité et le type de traitement ainsi que la durée du congé.

Le certificat de congé maladie doit être remis à l'employeur ou ce dernier doit en être informé immédiatement après sa délivrance et dans tous les cas, au plus tard dans un

délai de deux jours ouvrables. L'employeur accorde le congé, sans droit discrétionnaire, sur présentation du certificat de congé maladie et verse à l'assuré 70% du salaire brut journalier moyen pour les trois premiers jours ouvrables d'incapacité temporaire.

À partir du quatrième jour d'incapacité temporaire, les indemnités sont calculées et versées par l'Institut national des assurances sociales sur le compte bancaire déclaré par l'assuré.

L'Institut national des assurances sociales assure le versement de l'indemnité s'élevant à 90% du salaire brut moyen.

## Chapitre IX: Prestations familiales

### Ouverture des droits

Les allocations familiales et certaines prestations de maternité sont considérées comme des prestations familiales aux termes des règles de coordination dans l'UE.

Les allocations familiales sont des prestations en espèces ou en nature destinées à apporter une aide financière pour la grossesse, la naissance et l'éducation des enfants. Il s'agit de versements uniques ou mensuels.

Ont droit aux allocations familiales les catégories de personnes suivantes:

- les femmes enceintes de nationalité bulgare;
- les familles bulgares: pour les enfants élevés dans le pays;
- les familles dont l'un des parents est bulgare: pour les enfants de nationalité bulgare élevés dans le pays;
- les familles ou parents, connaissances ou familles d'accueil chez lesquels les enfants sont hébergés au titre de la loi sur la protection infantile;
- les femmes enceintes (citoyens étrangers et leurs familles résidant en permanence et élevant leurs enfants en Bulgarie) si la perception de ces allocations est prévue dans le cadre d'accords internationaux dont la Bulgarie est partie prenante.

Pour bénéficier des allocations familiales, le revenu mensuel brut moyen par membre de la famille au cours des 12 derniers mois, doit être inférieur ou égal au revenu établi à cette fin dans la loi sur le budget de l'État de la République de Bulgarie pour l'année concernée, à savoir BGN 350 (€ 179). Des conditions de ressources sont appliquées uniquement pour l'allocation mensuelle pour enfant jusqu'à la fin de l'enseignement secondaire (mais pas au-delà des 20 ans de l'enfant), l'allocation spécifique d'éducation d'enfants de moins d'un an et l'allocation spécifique pour les enfants inscrits dans l'enseignement primaire.

### Couverture de l'assurance

- Les prestations familiales comprennent:
- des allocations forfaitaires de grossesse;
- des allocations forfaitaires de naissance;
- des allocations forfaitaires pour élever des jumeaux de moins d'un an;
- des allocations forfaitaires pour élever un enfant de moins d'un an pour les mères suivant des études supérieures à plein temps;
- des allocations mensuelles pour enfant jusqu'à la fin de l'enseignement secondaire mais pas au-delà de 20 ans;
- des allocations mensuelles d'éducation d'enfants de moins d'un an;
- des allocations spécifiques pour les enfants inscrits dans l'enseignement primaire;
- une aide spécifique de transport gratuit en train ou en bus pour les mères ayant plusieurs enfants;

- des allocations mensuelles pour enfants atteints d'un handicap permanent, de moins de 18 ans et jusqu'à la fin de l'enseignement secondaire, mais pas au-delà de 20 ans.

## Modalités d'accès

Les allocations familiales pour enfants sont accordées par les directions de l'assistance sociale, sur demande déposée par le biais d'un formulaire et approuvée par le ministère du travail et de la politique sociale. La demande doit être effectuée par la mère ou un autre représentant légal de l'enfant.

Les demandes d'allocations forfaitaires de naissance doivent comporter les pièces suivantes:

- original du certificat de naissance de l'enfant pour lequel l'aide est demandée;
- copies des certificats de naissance de tous les enfants de la mère ou les certificats émis par les autorités municipales pour les enfants de la mère;
- copie de l'autorisation de séjour prolongé ou permanent pour les citoyens de l'Union européenne ou les ressortissants de l'EEE et copie de l'autorisation de séjour prolongé, permanent ou de longue durée pour les étrangers;
- carte d'identité (pour vérification).

Les droits sont ouverts à compter de la date de naissance de l'enfant hormis s'il a été placé dans une institution spécialisée. Cette prestation peut être demandée dans un délai de trois ans suivant la fin du mois de naissance de l'enfant.

Les demandes d'allocations familiales pour les enfants de moins de 18 ans doivent comporter:

- d'une déclaration des revenus bruts mensuels de la famille au cours des douze mois calendaires précédant le mois de la demande (pour les travailleurs et les fonctionnaires). Cette déclaration doit mentionner tous les revenus issus de pensions, prestations et bourses;
- un certificat officiel de l'établissement scolaire fréquenté par l'enfant attestant de son statut d'élève et de son assiduité hormis les cas où l'enfant a obtenu un diplôme d'études secondaires avant l'âge de 18 ans.

Les demandes d'allocations mensuelles pour les enfants de moins d'un an doivent comporter:

- une déclaration des revenus bruts mensuels de la famille au cours des douze mois calendaires précédant le mois de la demande;
- une copie du certificat de naissance de l'enfant.

## Chapitre X: Chômage

### Ouverture des droits

Toute personne dont l'employeur verse des cotisations d'assurance chômage est assurée contre le risque de chômage. Les employeurs sont tenus de verser des cotisations dès la date de réception du contrat de travail, d'encadrement ou de supervision.

Les personnes qui ont cotisé à la caisse de chômage pendant au moins neuf mois au cours des 15 mois précédant la fin de l'assurance peuvent prétendre aux prestations de chômage à condition:

- d'être inscrit en tant que chômeur auprès de l'Agence pour l'emploi;
- de ne pas avoir acquis de droit à une pension de l'assurance vieillesse, une pension professionnelle en cas de retraite anticipée ou une pension de vieillesse octroyée dans un autre pays;
- de ne pas travailler.

### Couverture de l'assurance

Les assurés ont droit à:

- des informations sur les vacances de poste;
- une aide pour trouver un emploi convenable;
- des indemnités et allocations de chômage.

Les indemnités de chômage sont versées pendant quatre à douze mois, en fonction de la durée d'affiliation totale de la personne, selon les modalités suivantes:

- pour une durée d'affiliation de moins de 3 ans, les prestations sont versées pendant 4 mois;
- entre 3 et 5 ans, les prestations sont versées pendant 6 mois;
- entre 5 et 10 ans, les prestations sont versées pendant 8 mois;
- entre 10 et 15 ans, les prestations sont versées pendant 9 mois;
- entre 15 et 20 ans, les prestations sont versées pendant 11 mois;
- plus de 25 ans, les prestations sont versées pendant 12 mois.

Les indemnités journalières de chômage s'élèvent à 60% du salaire moyen ou des revenus cotisables moyens sur lesquels les cotisations à la caisse de chômage sont versées ou dues pour les 24 mois calendaires précédant le mois de cessation de l'assurance. Elles ne peuvent être inférieures à un montant minimum donné. Le montant journalier minimum de l'indemnité de chômage est actuellement fixé par la loi sur le budget de l'assurance sociale publique, à savoir BGN 7,20 (€ 3,68).

Les chômeurs qui ont quitté leur emploi à leur demande, avec leur accord ou en raison d'un comportement inapproprié, reçoivent le montant minimum des indemnités de chômage pendant quatre mois.

## **Modalités d'accès**

Les indemnités de chômage sont accordées sur demande déposée auprès de l'unité régionale de l'Institut national des assurances sociales. La demande doit être introduite personnellement, sur la base de l'adresse permanente ou actuelle. Les indemnités de chômage sont versées à compter de la date de cessation de l'assurance si la demande est déposée dans un délai de trois mois suivant cette date. Si la demande est soumise après cette date sans raisons recevables, les indemnités sont versées pour la période spécifiée, réduite de la durée du retard.

Les indemnités de chômage sont versées par l'Institut national des assurances sociales sur le compte bancaire déclaré par la personne.

## Chapitre XI : Garantie de ressources

### Ouverture des droits

Les prestations sociales en espèces ou en nature viennent compléter ou apporter des revenus afin de satisfaire les besoins élémentaires pour vivre ou répondre à des besoins occasionnels de personnes et de familles. Des prestations sociales sont attribuées aux personnes ayant épuisé toutes les autres possibilités de subvenir à leurs propres besoins et à ceux de leurs proches.

Les personnes et les familles dont les revenus au cours du mois précédant sont inférieurs à un revenu différentiel minimum donné peuvent prétendre à une allocation mensuelle.

### Couverture de l'assurance

Le Conseil des ministres définit le montant mensuel du revenu minimum garanti qui sert de base à l'établissement des montants de l'aide sociale. Le revenu minimum garanti s'élève à BGN 65 (€ 33).

Les personnes et les familles à faibles revenus ont droit à une aide sociale mensuelle, des allocations d'aide sociale spécifiques afin de couvrir des besoins liés au transport, aux problèmes de santé, à des traitements médicaux à l'étranger, au logement, etc., ou à une allocation forfaitaire d'aide sociale pour répondre à des besoins de nature exceptionnelle

En outre, les personnes et les familles dont les revenus sont inférieurs à un certain seuil, peuvent recevoir une allocation de chauffage pendant une période de cinq mois consécutifs (de novembre à mars). Le montant de cette allocation de chauffage mensuelle est établi par le ministre du travail et de la politique sociale.

### Modalités d'accès

Les prestations sociales sont versées suite à une demande soumise par l'intéressé ou ses représentants autorisés. L'aide est accordée après examen des éléments suivants:

- les revenus de la personne ou de la famille;
- la situation patrimoniale de la personne;
- la situation familiale de la personne;
- l'état de santé de la personne;
- la situation professionnelle et/ou scolaire;
- l'âge;
- d'autres circonstances.

Les prestations sociales sont exonérées de tout impôt et taxe.

Les chômeurs en âge de travailler qui perçoivent une allocation mensuelle et ne participent pas à des programmes d'emploi, sont tenus de réaliser des travaux communautaires pendant 14 jours, à raison de quatre heures par jour, suivant les

programmes organisés par les autorités municipales pour la réalisation de services sociaux, les programmes environnementaux, de développement et d'assainissement de quartiers et autres programmes d'actions communautaires.

## Chapitre XII : Soins de longue durée

### Ouverture des droits

Les soins de longue durée concernent les personnes souffrant d'une maladie ou d'une invalidité les empêchant de mener leurs activités quotidiennes normales, avec la probabilité que cette invalidité subsiste à long terme. Dans le cas des personnes âgées, ce besoin est généralement occasionné par la faiblesse croissante due au vieillissement ou aux séquelles chroniques de conditions aiguës telles qu'un accident vasculaire cérébral ou une chute, ou une forme grave d'arthrite. Les soins de longue durée peuvent aussi s'avérer nécessaires si une personne souffre d'une déficience mentale. Le problème de santé le plus fréquent chez les personnes âgées est la maladie d'Alzheimer.

En Bulgarie, les soins de longue durée relèvent du secteur de l'assistance sociale. Pour sa part, le secteur de la sécurité sociale, fondé sur le principe contributif de paiement de cotisations pour un ensemble de risques sociaux, n'assure actuellement pas de protection sociale pour les soins de longue durée.

### Couverture de l'assurance

Les prestations relatives aux soins de longue durée s'inscrivent dans l'un des programmes de l'État suivants:

- supplément de pension pour assistance d'une tierce personne pour les pensionnés dont la capacité de travail est réduite de plus de 90% et qui ont besoin de l'aide permanente d'un tiers. Ils reçoivent un supplément de pension d'un montant égal à 75% de la pension sociale de vieillesse;
- le programme national d'«assistants de personnes handicapées» propose des soins dans un environnement familial aux personnes handicapées ou gravement malades. Ce programme vise à proposer un emploi d'assistant personnel ou social aux chômeurs. Les assistants personnels aident les familles dont l'un des membres est handicapé et nécessite un accompagnement permanent. Les assistants sociaux aident les personnes handicapées, gravement malades, souffrant de problèmes de santé ou isolées, dans leurs activités quotidiennes en contribuant à organiser leurs loisirs et en menant des activités en faveur de leur insertion sociale. Le programme est financé par le budget de l'Etat.
- le programme "assistant personnel" qui est mis en œuvre par l'Agence nationale d'Assistance sociale et les municipalités, favorise l'insertion sociale des enfants handicapés et des personnes souffrant de maladies graves en leur fournissant des soins permanents qui leur permettent de satisfaire leurs besoins quotidiens. Le programme est financé par le Fonds social européen.
- le programme d'assistants sociaux et d'assistants à domicile finance les projets de municipalités et d'ONG qui ont candidaté pour mener ces activités. Le programme est financé par le Fonds social européen. En 2013 le service "assistant social" et le service "assistant à domicile" sont temporairement suspendus en raison de restrictions financières.
- des institutions spécialisées dans les services sociaux relevant de l'Agence d'assistance sociale proposent des services sociaux dans des foyers d'accueil où les personnes sont séparées de leur environnement domestique. Il s'agit de foyers pour

enfants, pour adultes handicapés, d'établissements d'aide sociale, éducative et professionnelle, de maisons de retraite et de centres de séjour temporaire.

Les assistants personnels s'occupent de personnes âgées et d'enfants atteints d'un handicap lourd qui ont besoin d'un accompagnement tout au long de la journée. Les bénéficiaires peuvent être:

- des personnes ayant un besoin permanent d'aide, atteintes d'une invalidité permanente de 90% ou plus, qui ont droit à l'assistance d'une tierce personne;
- les enfants dont la capacité d'adaptation sociale est réduite de 50% ou plus, qui ont droit à l'assistance d'une tierce personne;
- les personnes ou enfants écartés des institutions spécialisés pour personnes handicapées.

Les assistants sociaux peuvent travailler à temps partiel et ce service ne peut être utilisé que pour les cas de gravité moyenne, essentiellement à des fins d'aide à la socialisation, réadaptation ou insertion professionnelle si l'intéressé mène des activités économiques. Les bénéficiaires peuvent être:

- les personnes atteintes d'une invalidité permanente de 90% ou plus, qui se sont vues prescrire l'assistance d'une tierce personne;
- les enfants dont la capacité d'adaptation sociale est réduite de 50% ou plus, qui ont droit à l'assistance d'une tierce personne;
- les personnes gravement malades et isolées qui ne peuvent vivre de façon autonome;
- les personnes/enfants écartés des institutions spécialisés pour personnes handicapées.

Les personnes qui ont droit à la fois aux services d'un assistant personnel et d'un assistant social, doivent choisir l'une des deux options.

Les assistants à domicile ne disposent pas de qualifications spécifiques et assurent des tâches de la vie quotidienne.

## Modalités d'accès

### Supplément pour l'assistance d'une tierce personne

Le droit à un supplément pour l'assistance d'une tierce personne est évalué par le Comité territorial d'expertise médicale ou par le Comité national d'expertise médicale. Ces comités prononcent une décision indiquant que la personne ne peut s'assumer seule et a besoin de l'aide d'une tierce personne. La demande de supplément de pension pour l'assistance d'une tierce personne doit comporter les pièces suivantes:

- le formulaire de demande;
- la décision du Comité territorial d'expertise médicale contenant tous les renseignements nécessaires sur l'état de santé du pensionné, le degré de perte de capacité de travail et des informations sur la durée des droits au supplément;
- la décision du comité médical de l'unité régionale de l'Institut national des assurances sociales.

## **Services sociaux, fournis dans la communauté**

Les personnes souhaitant recourir aux services sociaux doivent déposer une demande écrite, respectivement:

- au directeur de la Direction de l'assistance sociale – pour les services sociaux assurés par délégation de l'État;
- au maire de la commune – pour les services sociaux assurés par la municipalité;
- à l'organe de gestion – si le prestataire est une personne inscrite au titre de la loi sur les sociétés ou une entité légale.

## Annexe: Adresses des institutions et sites internet utiles

Les tableaux détaillés sur les dispositions relatives à la sécurité sociale en Bulgarie ainsi que dans d'autres États membres sont disponibles sur le site web du **MISSOC**:

*Pour les questions en matière de sécurité sociale impliquant plusieurs États membres de l'UE, vous pouvez rechercher les coordonnées des organismes sur le répertoire des institutions de sécurité sociale tenu par la Commission européenne et disponible à l'adresse: <http://ec.europa.eu/social-security-directory>.*

### **Agence nationale des recettes**

52, Kniaz Dondukov Blvd.  
1000 Sofia, Bulgarie  
Tél: (+359 2) 9859 3037  
e-mail: [infocenter@nra.bg](mailto:infocenter@nra.bg)  
<http://www.nra.bg>

### **Institut national des assurances sociales**

1303 Sofia  
62-64 Alexander Stamboliiski Blvd.  
Tél. (49-234) 304 0 (+359 2) 926 10 10  
E-mail: [noi@nssi.bg](mailto:noi@nssi.bg)  
<http://www.noi.bg>

### **Caisse nationale d'assurance maladie**

1407 Sofia  
1 Rue Krichim  
Information aux citoyens: Tél. (49-234) 304 0 (+359) (0) 800 14 800 - ligne nationale  
<http://www.nhif.bg>

### **Ministère du Travail et de la Politique sociale**

Sofia 1051  
2 Rue Triaditsa  
Tél. (49-234) 304 0 (+359 2) 8119 443; fax: (+359 2) 988 44 05; 986 13 18  
E-mail: [mlsp@mlsp.government.bg](mailto:mlsp@mlsp.government.bg)  
<http://www.mlsp.government.bg>

### **Commission de contrôle financier**

1303 Sofia  
33 Rue Shar Planina  
Opérateur: (+359 2) 94 04 999  
centre presse: (+359 2) 94 04 582; fax: (+359 2) 829 43 24  
e-mail: [bg\\_fsc@fsc.bg](mailto:bg_fsc@fsc.bg)  
<http://www.fsc.bg>