



Comisión
Europea

La Seguridad Social

en Bulgaria

La información que figura en la presente guía se ha redactado y actualizado en estrecha colaboración con los corresponsales nacionales del Sistema de Información Mutua sobre Protección Social (MISSOC). Para más información sobre la red MISSOC, véase: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=es&catId=815>.

La presente guía ofrece una descripción general de las disposiciones en materia de Seguridad Social de cada país. Puede obtenerse más información en otras publicaciones de MISSOC, disponibles en el enlace anterior. Asimismo, es posible dirigirse a las autoridades y las instituciones competentes que figuran en la lista del anexo I de esta guía.

Ni la Comisión Europea ni ninguna persona que actúe en su nombre serán responsables del uso que pudiera hacerse de la información contenida en la presente publicación.

ÍNDICE

Capítulo I. Introducción, organización y financiación	5
Introducción.....	5
Organización de la protección social	5
Financiación	6
Capítulo II. Asistencia sanitaria	9
Derecho a la asistencia sanitaria	9
Alcance de la cobertura	10
¿Cómo se accede a la asistencia sanitaria?.....	12
Capítulo III. Prestaciones de enfermedad en metálico	13
Nacimiento del derecho a las prestaciones de enfermedad en metálico	13
Alcance de la cobertura	13
¿Cómo se accede a las prestaciones de enfermedad en metálico?	14
Capítulo IV. Prestaciones de maternidad y paternidad	15
Nacimiento del derecho a las prestaciones de maternidad y paternidad	15
Alcance de la cobertura	16
¿Cómo se accede a las prestaciones de maternidad y paternidad?.....	16
Capítulo V. Prestaciones de invalidez.....	17
Nacimiento del derecho a las prestaciones de invalidez.....	17
Alcance de la cobertura	17
¿Cómo se accede a las prestaciones de invalidez?.....	18
Capítulo VI. Pensiones y prestaciones de vejez	20
Nacimiento del derecho a las prestaciones de vejez.....	20
Alcance de la cobertura	21
¿Cómo se accede a las prestaciones de vejez?.....	21
Capítulo VII. Prestaciones de supervivientes	23
Nacimiento del derecho a las prestaciones de supervivientes.....	23
Alcance de la cobertura	24
¿Cómo se accede a las prestaciones de supervivientes?	24
Capítulo VIII. Prestaciones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales ..	25
Nacimiento del derecho a las prestaciones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.....	25
Alcance de la cobertura	25
¿Cómo se accede a las prestaciones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales?	25
Capítulo IX. Prestaciones familiares	27
Nacimiento del derecho a las prestaciones familiares.....	27
Alcance de la cobertura	27
¿Cómo se accede a las prestaciones familiares?.....	28
Capítulo X. Desempleo	29
Nacimiento del derecho a las prestaciones de desempleo	29
Alcance de la cobertura	29
¿Cómo se accede a las prestaciones de desempleo?	30
Capítulo XI. Recursos mínimos	31
Nacimiento del derecho a prestaciones relativas a los recursos mínimos	31
Alcance de la cobertura	31
¿Cómo se accede a las prestaciones de recursos mínimos?	31
Capítulo XII. Dependencia	33
Nacimiento del derecho a las prestaciones de dependencia	33
Alcance de la cobertura	33
¿Cómo se accede a las prestaciones de dependencia?.....	34

Anexo. Direcciones de instituciones y sitios web útiles.....36

Capítulo I. Introducción, organización y financiación

Introducción

El ámbito de la protección social en Bulgaria abarca tanto la Seguridad Social tradicional basada en cotizaciones como regímenes de Seguridad Social no contributivos y asistencia social, que incluyen el sistema de servicios sociales. Incluye programas selectivos de asistencia social y asistencia sanitaria, creación de empleo para grupos desfavorecidos, prestaciones familiares por hijos, etc. Los regímenes de Seguridad Social no contributivos y el régimen de asistencia social se financian con cargo al presupuesto del Estado. A estos regímenes se les aplica una serie de criterios, que incluyen la comprobación de recursos, a fin de evaluar los derechos a las prestaciones. Los regímenes de Seguridad Social son financiados mediante presupuestos especiales de los fondos de la Seguridad Social.

La Seguridad Social pública que administra el Instituto Nacional de la Seguridad Social ofrece indemnizaciones en metálico, prestaciones y pensiones por:

- incapacidad temporal para trabajar;
- maternidad;
- reducción temporal de la capacidad para trabajar (reasignación de tareas);
- desempleo;
- invalidez;
- vejez;
- fallecimiento.

El seguro de enfermedad obligatorio, así como la asistencia sanitaria financiada con cargo al presupuesto, prestan una serie de servicios sanitarios básicos, financiados ya sea por el Fondo Nacional del Seguro de Enfermedad o por el presupuesto del Estado, dependiendo del régimen de que se trate.

La asistencia social, tal y como se define en la legislación social, incluye prestaciones en metálico o en especie, que complementan o sustituyen los ingresos hasta alcanzar las necesidades básicas o responden a una necesidad coyuntural de los beneficiarios y sus familias.

Organización de la protección social

El modelo sanitario búlgaro comprende tanto regímenes de seguro como regímenes financiados con los impuestos.

Los regímenes públicos de la Seguridad Social proporcionan prestaciones en metálico y pensiones que cubren los siguientes riesgos: enfermedad, invalidez, maternidad, enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, vejez y fallecimiento. Aparte de los regímenes de Seguridad Social, el sistema de asistencia social ofrece protección contra el riesgo de pobreza, que incluye asimismo las prestaciones familiares contempladas en la legislación búlgara.

El modelo de pensiones búlgaro consta de tres pilares. Desde 2000, además del sistema de cotizaciones, existe un régimen complementario obligatorio de pensiones de vejez, que constituye el segundo pilar. Este incluye a todas las personas inscritas en el seguro obligatorio, nacidas después del 31 de diciembre de 1959 (régimen universal), y a los trabajadores por cuenta ajena que trabajan en condiciones peligrosas (fondos de pensiones profesionales). El tercer pilar comprende el seguro de jubilación voluntario, dentro del cual se han incluido asimismo los regímenes profesionales regulados por la Directiva 2003/41/CE relativa a las actividades y la supervisión de fondos de pensiones de empleo. Los regímenes del segundo y tercer pilar son administrados por compañías de seguros privadas supervisadas por la Comisión de Supervisión Financiera (Комисия за финансов надзор).

Las instituciones y actividades de la Seguridad Social se rigen por una normativa legal, que es adoptada por el Parlamento y el Consejo de Ministros en colaboración con los representantes de las organizaciones de los trabajadores y de los empresarios y otras organizaciones de la sociedad civil, como, por ejemplo las organizaciones para la protección de pacientes, y supervisada por el poder judicial.

El Ministerio de Trabajo y Política Social elabora y ejecuta la política en el ámbito de la Seguridad Social pública, los regímenes de pensiones obligatorio y complementario y la asistencia social.

El Ministerio de Sanidad elabora y aplica la política en el ámbito de la asistencia sanitaria tanto de los regímenes basados en seguros como en los regímenes financiados con impuestos.

La Agencia Nacional Tributaria (Националната агенция по приходите), creada en 2005, se encarga del establecimiento y la supervisión de los impuestos y las cotizaciones a la Seguridad Social, así como de su recaudación.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social (Национален осигурителен институт), creado en 1995, organiza la afiliación a los regímenes de la seguridad pública para la percepción de prestaciones en metálico.

El Fondo Nacional del Seguro de Enfermedad (Националната здравноосигурителна каса) funciona desde 1999 y comenzó a contratar servicios sanitarios con proveedores el 1 de julio de 2000.

La Agencia de Empleo (Агенцията по заетостта), creada en 1990, aplica medidas activas para la contratación de los solicitantes de empleo, independientemente del régimen al que estén afiliados.

La Agencia de Asistencia Social (Агенцията за социално подпомагане) gestiona las actividades relacionadas con la disposición de fondos suficientes, la atención social y las prestaciones familiares.

En 2005 se creó la Agencia para las Personas con Discapacidad (Агенция за хората с увреждания), que lleva a cabo diversas actividades en el ámbito de la integración de estas personas.

Financiación

El régimen de la Seguridad Social se financia con las cotizaciones al seguro nacional que pagan las empresas, los trabajadores por cuenta ajena, los trabajadores por

cuenta propia y, en parte, el presupuesto del Estado. El régimen de asistencia social se financia exclusivamente con cargo al presupuesto del Estado.

Cotizaciones

Las cotizaciones a la Seguridad Social se calculan como un porcentaje de los ingresos imposables. El asegurador paga el 60 % y el asegurado el 40 % (únicamente el «Fondo General de Enfermedad y Maternidad» y el «Fondo de Desempleo»). La cotización total al fondo de pensiones para la tercera categoría de trabajadores es del 17,8 % (un 9,9 % a cargo del asegurador y un 8,0 % a cargo del asegurado). Si el asegurado ha nacido después del 31 de diciembre de 1959, la cotización al seguro de pensiones es del 12,8 % (un 7,1 % a cargo del asegurador y un 5,7 % a cargo del asegurado). Desde el 1 de enero de 2009, el presupuesto del Estado hace transferencias al fondo de «pensiones», que representan el 12 % de la suma de todos los ingresos por cotizaciones de todos los asegurados correspondientes al año civil.

Las cotizaciones personales por los funcionarios públicos, los magistrados, los fiscales, los investigadores, los administradores, los funcionarios judiciales y el personal militar corren a cargo del presupuesto del Estado.

Los trabajadores por cuenta propia pagan el importe completo de las cotizaciones.

Las cotizaciones para accidentes de trabajo y enfermedades profesionales varían en función de las condiciones de trabajo, situándose entre el 0,4 % y el 1,1 %, y corren en su totalidad a cargo del empresario o del asegurador.

La cotización al Fondo de Pagos Garantizados para los Trabajadores por Cuenta Ajena corre totalmente a cargo de las empresas (un 0,1 % en 2010). En 2012 se suspendió temporalmente el pago de las cotizaciones a este Fondo.

Los trabajadores de las categorías primera y segunda tienen la obligación de estar asegurados en el fondo de pensiones profesionales para el seguro de jubilación obligatorio complementario. El importe de la cotización para la primera categoría de trabajadores es del 12 % y el de la segunda es del 7 %. Las cotizaciones son sufragadas en su totalidad por el empresario. El empresario tiene la obligación de pagar una cotización adicional del 3 % al Fondo de Pensiones. El asegurador debe pagar un 4,3 % adicional en nombre de los maestros al fondo de pensiones para profesores. La cotización al Fondo de Pensiones se ha reducido para las personas nacidas después del 1 de enero de 1960. La diferencia del 5 % se abona a la cuenta personal en un fondo universal de pensiones para el seguro de jubilación obligatorio complementario.

El importe mensual máximo de los ingresos imposables es de 2 000 BGN (1 023 EUR). Las cotizaciones a la Seguridad Social deben pagarse respecto al salario mensual bruto recibido, incluido el acumulado y no pagado. Las cotizaciones no pueden ser inferiores a los ingresos mínimos contributivos definidos para las principales actividades económicas y grupos profesionales cualificados.

En el caso de las personas para las cuales no se ha establecido un ingreso mínimo contributivo, las cotizaciones deben pagarse respecto al salario mínimo mensual de ámbito nacional.

La base de cotización mínima de los trabajadores por cuenta propia se sitúa entre 420 BGN (215 EUR) y 550 BGN (282 EUR) en función de sus ingresos anuales imposables en 2010. Para las personas que no hayan realizado una actividad lucrativa

en 2010 y para los trabajadores por cuenta propia que hayan iniciado su actividad económica en 2011 y 2012, el importe mínimo de la base de cotización es de 420 BGN (215 EUR).

Capítulo II. Asistencia sanitaria

Derecho a la asistencia sanitaria

Dentro del ámbito de los regímenes de asistencia sanitaria financiados con impuestos

1. Los nacionales búlgaros;
2. Los extranjeros con residencia permanente en Bulgaria.

Nota: Los nacionales de los demás Estados miembros no se consideran extranjeros en el sentido de la legislación búlgara; los nacionales de la UE tienen los mismos derechos y obligaciones que los nacionales búlgaros en virtud del Tratado sobre el Funcionamiento de la Unión Europea.

Dentro del ámbito del seguro de enfermedad obligatorio

El régimen del seguro de enfermedad obligatorio en Bulgaria es gestionado por el Fondo Nacional del Seguro de Enfermedad (FNSE). El FNSE presta una serie de servicios sanitarios básicos basados en el pago de cotizaciones al seguro de enfermedad obligatorio.

Las siguientes personas deben afiliarse al régimen del seguro de enfermedad obligatorio:

1. todos los ciudadanos búlgaros que no sean ciudadanos de otro país;
2. los ciudadanos búlgaros que también sean ciudadanos de otro país y que residan de forma permanente en el territorio de la República de Bulgaria;
3. los ciudadanos extranjeros o los apátridas autorizados a residir de forma permanente o a largo plazo en el territorio de la República de Bulgaria, a menos que un acuerdo internacional del que sea parte este país establezca otra cosa;
4. las personas con estatuto de refugiado, estatuto humanitario o a las que se haya concedido el derecho de asilo;
5. los estudiantes y doctorandos extranjeros admitidos a universidades o establecimientos científicos del país en virtud del Decreto del Consejo de Ministros nº 103 de 1993 para la realización de actividades educativas entre los búlgaros residentes en el extranjero, y el Decreto del Consejo de Ministros nº 228 de 1997 para la admisión de ciudadanos de la República de Macedonia en las universidades estatales de la República de Bulgaria;
6. las personas no contempladas en los apartados 1 a 5 a las que se aplique la legislación de la República de Bulgaria de conformidad con las normas de coordinación de los regímenes de la Seguridad Social.

Las personas afiliadas al seguro de enfermedad en otro Estado miembro no tienen la obligación de asegurarse en el FNSE, de conformidad con lo dispuesto en las normas de coordinación de los regímenes de la Seguridad Social.

Los derechos del seguro de enfermedad para las personas que tienen la obligación de pagar cotizaciones a dicho seguro por cuenta propia se suspenderán si dejan de pagar más de 3 cotizaciones mensuales en un periodo de 36 meses hasta el mes anterior a

aquel en el que deban prestarse los servicios de asistencia sanitaria. Estas personas podrán recuperar su seguro si pagan las cotizaciones vencidas correspondientes a los últimos 36 meses. En tal caso, sus derechos al seguro de enfermedad se restablecerán a partir de la fecha de pago de las cotizaciones vencidas. No se reembolsarán los importes pagados por la asistencia sanitaria recibida. Cuando la obligación de pagar la cotización corresponda al empresario o a otra persona, el impago de las cotizaciones no privará al asegurado de sus derechos.

Alcance de la cobertura

Ámbito de aplicación del régimen de asistencia sanitaria financiado con impuestos

El régimen financiado con impuestos presta los siguientes tratamientos a los nacionales búlgaros y a algunas categorías de extranjeros que cuentan con un permiso de residencia de larga duración:

- asistencia médica en casos de urgencia;
- asistencia obstétrica a todas las mujeres sin seguro de enfermedad, independientemente de la forma de parto, dentro de los límites establecidos en una ordenanza del Ministerio de Sanidad, en la que se determinará asimismo el procedimiento;
- asistencia psiquiátrica hospitalaria;
- suministro de sangre y productos sanguíneos;
- trasplante de órganos, tejidos y células;
- tratamiento obligatorio o aislamiento obligatorio;
- opiniones e informes de expertos sobre el grado de discapacidad y pérdida de la capacidad para trabajar a largo plazo;
- pago del tratamiento para enfermedades con arreglo a los términos y condiciones establecidos por el Ministerio de Sanidad;
- transporte médico con arreglo a los términos y condiciones establecidos por el Ministerio de Sanidad.

Ámbito de aplicación del seguro de enfermedad obligatorio

El seguro de enfermedad obligatorio garantiza a los asegurados acceso gratuito a la atención médica prestada a través de una serie de actividades sanitarias de determinado tipo, alcance e importe, así como la libre elección del proveedor del servicio, que deberá haber celebrado un contrato con un Fondo Regional del Seguro de Enfermedad.

El derecho de elección rige en todo el territorio de Bulgaria y no puede restringirse por motivos geográficos ni administrativos.

El FNSE paga los siguientes servicios médicos:

1. servicios médicos y dentales para la prevención de enfermedades;
2. servicios médicos y dentales para la detección precoz de enfermedades;
3. atención médica ambulatoria y hospitalaria para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades;
4. tratamientos posteriores, tratamientos a largo plazo y rehabilitación médica;
5. atención médica de urgencia;
6. atención médica en caso de embarazo, parto y maternidad;

7. atención médica en virtud del artículo 82, apartado 1, inciso 2, de la Ley de Sanidad;
8. abortos realizados por razones médicas y por embarazo resultante de una violación;
9. servicios dentales;
10. atención médica en caso de tratamiento a domicilio;
11. prescripción y suministro de medicamentos autorizados para el tratamiento a domicilio en el territorio del país;
12. prescripción y suministro de productos médicos y alimentos dietéticos para fines médicos especiales;
13. dictámenes médicos sobre la capacidad para trabajar;
14. servicios de transporte por motivos médicos.
15. actividades sanitarias en virtud de artículo 82, apartado 2, inciso 3, de la Ley de Sanidad (atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados).

La atención médica contemplada en el párrafo anterior, con excepción de los puntos 11, 12 y 15, se define como un paquete básico garantizado por el presupuesto del FNSE. El paquete básico se determina mediante una ordenanza del Ministerio de Sanidad.

Para llevar a cabo las actividades previstas en esta ley, el FNSE y la Asociación Médica de Bulgaria deben adoptar y firmar el Contrato Marco Nacional sobre actividades médicas, y el FNSE y la Asociación Dental de Bulgaria deben adoptar y firmar el Contrato Marco Nacional sobre actividades dentales. Los Contratos Marco Nacionales deben recoger:

1. los requisitos que deben cumplir los proveedores de atención médica, así como el procedimiento que debe seguirse para celebrar contratos con ellos;
2. los tipos de atención médica correspondientes al paquete básico;
3. las condiciones y los procedimientos que deben seguirse para prestar los servicios del paquete básico;
4. la calidad y los criterios de acceso a los servicios;
5. la documentación y el flujo de documentos;
6. las obligaciones que recaen en las partes de prestar servicios de información y de intercambiar información;
7. otras cuestiones importantes en relación con el seguro de enfermedad.

El Ministerio de Sanidad debe promulgar una ordenanza en la que se determine una lista de enfermedades para las que el FNSE reembolsará total o parcialmente el coste de los medicamentos, productos médicos y alimentos dietéticos con fines médicos especiales para el tratamiento a domicilio. El FNSE paga total o parcialmente hasta tres de los productos farmacéuticos para cada enfermedad incluida en esta lista. El FNSE, junto con las asociaciones de médicos y dentistas, determina los precios de los productos con los productores y mayoristas. El porcentaje que debe pagar el FNSE por los productos de la lista se incluye en el Contrato Marco Nacional anual.

Por cada visita a un médico generalista, a un especialista en tratamiento ambulatorio o a un dentista, el asegurado paga una cuota de usuario equivalente al 1 % del salario mínimo.

En caso de que el asegurado deba ser hospitalizado, debe pagar el 2 % del salario mínimo nacional por cada día de hospitalización, cuando esta sea inferior a 10 días al año. A partir del undécimo día, el paciente no está obligado a pagar la cuota de usuario.

Las siguientes personas no tienen obligación de pagar la cuota de usuario para la prestación de atención ambulatoria y hospitalaria, ni para el cuidado dental:

- las personas que sufren enfermedades incluidas en el anexo del Contrato Marco Nacional;
- los menores y los miembros de la familia desempleados;
- las víctimas de actos relacionados con la defensa nacional o asociados a ellos;
- los veteranos y los inválidos de guerra;
- los detenidos y los presos;
- las personas sin recursos que reciban ayuda del Estado;
- las personas sin ingresos que vivan en asilos;
- los profesionales de la salud;
- las mujeres embarazadas y las madres jóvenes hasta el 45º día después del parto;
- los asegurados que sufran una invalidez grave, además de otras enfermedades especificadas;
- los pacientes con neoplasma maligno.

Las personas a las que se les hayan suspendido los derechos al seguro de enfermedad deben pagar los servicios de asistencia sanitaria que hayan recibido.

¿Cómo se accede a la asistencia sanitaria?

Elección de un médico generalista

Los asegurados tienen derecho a elegir libremente a un médico generalista para la asistencia primaria ambulatoria y a dentistas en todo el país. Los asegurados pueden cambiar de médico generalista una vez al año durante los periodos comprendidos entre el 1 y el 30 de junio y el 1 y el 31 de diciembre. En caso de cambio de lugar de residencia, los asegurados tienen derecho a elegir un nuevo médico generalista en cualquier momento del año.

Tratamiento odontológico

Los asegurados tienen derecho a recibir cuidado dental previa presentación de su inscripción en el seguro de enfermedad al dentista de su elección en todo el país.

Atención ambulatoria

Se puede prestar atención ambulatoria especial a los asegurados que hayan recibido de su médico generalista un «volante para consulta o tratamiento conjunto». Este volante puede utilizarse en un plazo de 30 días a partir de su expedición. El asegurado puede elegir un especialista en cualquier hospital que haya firmado un contrato con el Fondo Regional del Seguro de Enfermedad, previa presentación del volante.

Acceso a establecimientos para tratamiento hospitalario

Los médicos y los dentistas pueden remitir a los pacientes a un establecimiento de salud elegido en cualquier parte del país para que reciban atención hospitalaria. El hospital (o ambulatorio) debe haber firmado un contrato con el Fondo Regional del Seguro de Enfermedad. A partir de 2011 existe la posibilidad de que los pacientes elijan un equipo de médicos y enfermeras dentro del establecimiento sanitario.

Capítulo III. Prestaciones de enfermedad en metálico

Nacimiento del derecho a las prestaciones de enfermedad en metálico

La Seguridad Social pública ofrece prestaciones de Seguridad Social y asignaciones en metálico a los trabajadores por cuenta ajena asegurados durante los periodos de incapacidad temporal, mientras recuperan su salud y no tienen ingresos procedentes del trabajo.

Alcance de la cobertura

Los asegurados tienen derecho a percibir prestaciones por incapacidad temporal para trabajar en los siguientes casos:

- enfermedad;
- accidentes, salvo que se trate de accidentes de trabajo;
- exámenes debidos a una enfermedad;
- puesta en cuarentena;
- embarazo;
- maternidad;
- reasignación de tareas en caso de enfermedad;
- reasignación de tareas en caso de embarazo;
- tratamiento en un sanatorio por enfermedad;
- acompañar en el hospital a un hijo de hasta 3 años de edad;
- cuidar de un hijo menor de 18 años;
- cuidar de una persona enferma mayor de 18 años.

La prestación diaria en metálico por incapacidad temporal para trabajar debido a una enfermedad de carácter general equivale al 80 % del salario medio bruto diario o de la base de cotización media diaria de los últimos 18 meses durante los cuales se hayan pagado cotizaciones o se haya tenido la obligación de hacerlo; la prestación diaria en metálico por invalidez temporal debido a accidentes de trabajo es de hasta un 90 % de los importes mencionados anteriormente.

Las prestaciones en metálico por incapacidad temporal para trabajar debido a enfermedades de carácter general, a accidentes de trabajo y a enfermedades profesionales se pagan a partir del primer día de incapacidad hasta la recuperación o hasta la concesión de una invalidez permanente.

Hasta el 31 de diciembre de 2012, la empresa debe pagar la prestación de enfermedad en metálico correspondiente a los 3 primeros días de inactividad temporal que equivale al 70 % del salario medio bruto del trabajador. Después de estos primeros 3 días, la prestación es del 80 % de la base de cotización y la paga el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

¿Cómo se accede a las prestaciones de enfermedad en metálico?

Las licencias por incapacidad temporal para trabajar se autorizan mediante un documento de baja por enfermedad expedido por las autoridades encargadas de evaluar la capacidad para trabajar. El documento de baja por enfermedad se expide el día en que se determine la incapacidad, aunque la licencia puede comenzar el día anterior, el mismo día o al día siguiente del examen. El documento de baja por enfermedad debe indicar el tipo de incapacidad, la necesidad y el tipo de tratamiento, así como la duración de la licencia. El documento de baja por enfermedad debe presentarse a la empresa, o debe informársele inmediatamente después de su expedición y, en cualquier caso, no más tarde de los 2 días laborables posteriores.

La empresa tiene la obligación de conceder la licencia en todos los casos tras la presentación del documento de baja por enfermedad. Por el primer día laboral de invalidez temporal, el empresario debe pagar al asegurado el salario medio bruto diario correspondiente al mes en que tuvo lugar la invalidez temporal.

El cálculo y el pago de las prestaciones en metálico correspondientes al segundo día y las posteriores de la invalidez temporal corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social, que las abona en la cuenta indicada por el asegurado.

Capítulo IV. Prestaciones de maternidad y paternidad

Nacimiento del derecho a las prestaciones de maternidad y paternidad

Los asegurados tienen derecho a percibir una prestación en metálico por embarazo y parto en sustitución de su salario si han realizado 12 meses de cotizaciones que cubran este riesgo.

Prestación de maternidad

Las madres que cuenten con un seguro general de enfermedad y maternidad tienen derecho a una indemnización en metálico por embarazo y parto durante un periodo de 410 días naturales, que comienza 45 días antes de la fecha prevista para el parto. Si el parto tiene lugar antes de que finalice el periodo de 45 días desde el inicio de la percepción de la indemnización, los días restantes pueden utilizarse después del parto.

Los padres que han estado asegurados en el «Fondo General de Enfermedad y Maternidad» durante al menos 12 meses tienen derecho a la prestación legal de paternidad durante un periodo de 15 días naturales a partir del nacimiento de su hijo. El importe de esta prestación equivale al 90 % de la base de cotización del padre durante los últimos 24 meses. Cuando el hijo haya cumplido los 6 meses de edad, el padre (o padre adoptivo) puede utilizar, con el consentimiento de la madre (o madre adoptiva), los días restantes del periodo de 410 días, y tiene derecho a recibir la prestación correspondiente en lugar de la madre.

Al finalizar la licencia de embarazo y parto, las madres que han cotizado a un seguro general de enfermedad y maternidad durante los últimos 12 meses tienen derecho a percibir una prestación por cuidar de sus hijos menores de 2 años.

Subsidio de maternidad para madres no aseguradas

Las mujeres embarazadas cuyos ingresos medios mensuales por cada miembro de la familia sean iguales o inferiores a un determinado nivel, tienen derecho a un subsidio único durante el embarazo, si no tienen derecho a una prestación de embarazo y parto en virtud del Código de la Seguridad Social, siempre que residan de forma permanente en el país. Este subsidio se establece cada año en la Ley del presupuesto estatal de la República de Bulgaria para el año correspondiente, pero no puede ser inferior al importe establecido el año anterior.

Cuando una mujer embarazada tiene un seguro para enfermedades comunes y maternidad, pero no tiene derecho a percibir una prestación de embarazo y maternidad, por no haber cotizado durante el periodo requerido en el Código de la Seguridad Social, el importe del subsidio único es proporcional al número de días transcurridos entre el inicio del embarazo y la licencia de maternidad y el momento en que habría alcanzado el periodo de cotización previsto en dicho Código, que no podrá ser superior a 45 días.

El subsidio único de embarazo debe pagarse durante los 45 días anteriores a la fecha prevista para el parto.

Alcance de la cobertura

La prestación diaria en metálico durante el embarazo y el parto equivale al 90 % del salario bruto medio o a la base de cotización correspondiente a los últimos 24 meses, en los que se hayan pagado cotizaciones o se hubiera tenido la obligación de hacerlo. El importe de la prestación no puede ser inferior al salario mínimo legal ni exceder la retribución media neta.

El importe de la prestación por el cuidado de hijos menores de 2 años de edad se establece en la Ley del presupuesto de la Seguridad Social pública, y asciende a 240 BGN (123 EUR).

Si el niño es dado en adopción o inscrito en una guardería con un subsidio público completo de subsistencia, la prestación expirará al día siguiente.

¿Cómo se accede a las prestaciones de maternidad y paternidad?

Para poder optar a esta prestación debe autorizarse una licencia. Las autoridades sanitarias deben emitir un documento de baja por enfermedad. El empresario tiene la obligación de conceder la licencia en todos los casos tras la presentación del documento de baja por enfermedad.

Capítulo V. Prestaciones de invalidez

Nacimiento del derecho a las prestaciones de invalidez

Pensión de invalidez

Los asegurados tienen derecho a una pensión de invalidez cuando hayan perdido total o parcialmente su capacidad para trabajar por un periodo prolongado o de forma permanente.

Los asegurados adquieren el derecho a una pensión de invalidez en función de los siguientes periodos de cotización:

- ser menor de 20 años: no se exige un periodo de cotización;
- ser menor de 25 años: se exige un periodo de cotización de 1 año;
- ser menor de 30 años: se exige un periodo de cotización de 3 años;
- mayores de 30 años de edad: se exige un periodo de cotización de 5 años;
- las personas con discapacidad desde su nacimiento o que se hayan quedado discapacitadas antes de trabajar adquieren el derecho a una pensión de invalidez tras un periodo de cotización de 1 año.

Se concede una pensión de invalidez a las personas que sufran una disminución permanente de su capacidad para trabajar igual o superior al 50 %. El derecho a pensión nace a partir de la fecha en que se produzca la invalidez.

En el caso de los ciegos de nacimiento y las personas que se hayan quedado ciegas antes de entrar en el mercado laboral, la pensión de invalidez se abona a partir de la fecha de la solicitud. La pensión se concede para la duración de la invalidez.

Subsidio de invalidez

Los asegurados tienen derecho a un subsidio de invalidez por enfermedad de carácter general cuando no hayan cumplido el periodo de cotización necesario para que se les conceda una pensión de invalidez.

Alcance de la cobertura

Pensión de invalidez

El importe de la pensión de invalidez por enfermedad de carácter general se determina multiplicando el ingreso en el que se basa la pensión por el 1,1 % por cada año cotizado. Por otra parte, el tiempo considerado como periodo de cotización se multiplica por un coeficiente que depende del grado de invalidez, de la siguiente manera:

- por un grado de invalidez superior al 90 %; 0,9;
- por un grado de invalidez entre el 71 % y el 90 %; 0,7;
- por un grado de invalidez entre el 50% y el 70,99%; 0,5.

Los pensionistas que hayan perdido más del 90 % de su capacidad para trabajar y que requieren asistencia externa constante reciben un complemento de pensión equivalente al 75 % de la pensión social de vejez. Los complementos se añaden a todas las pensiones, independientemente de su tipo. Los complementos se pagan a los jubilados y no a la persona que presta la asistencia.

Pensión social de invalidez

El derecho a una pensión social por discapacidad se concede a las personas mayores de 16 años que sufren una reducción permanente de su capacidad para trabajar o un tipo y grado de discapacidad superior al 71 %.

El importe de la pensión social por discapacidad para las personas que sufren una reducción permanente de su capacidad para trabajar o un tipo y grado de discapacidad superior al 90 % es del 120 %. Las personas que sufren una reducción permanente de su capacidad para trabajar de entre el 71 % y el 90 % reciben una pensión equivalente al 110 % de la pensión social de vejez.

Subsidio de invalidez

El importe del subsidio de invalidez debido a una enfermedad de carácter general, cuando el asegurado no haya cumplido el periodo de cotización necesario para que se le conceda una pensión de invalidez debido a una enfermedad de carácter general, se calcula multiplicando el importe diario del subsidio de invalidez temporal por 60.

De modo análogo a la pensión de invalidez, se concede un complemento para asistencia externa por la duración de la incapacidad, determinada por la Junta Territorial de Expertos Médicos o por la Junta Nacional de Expertos Médicos, si la persona no ha alcanzado ese año la edad de jubilación. Si la persona alcanza la edad de jubilación durante el periodo indicado en la decisión de los expertos, el complemento para asistencia externa se paga durante el resto de la vida del asegurado.

El pago del complemento para asistencia externa se suspende cuando dejan de existir los motivos que dieron lugar al derecho, por ejemplo, fallecimiento del pensionista, cambio de grupo de invalidez, etc.

¿Cómo se accede a las prestaciones de invalidez?

Pensión de invalidez

La pensión de invalidez se concede previa solicitud al Instituto Nacional de la Seguridad Social. La solicitud debe ir acompañada de la decisión de un experto de la Junta Territorial de Expertos Médicos (o de la Junta Nacional de Expertos Médicos), en la que se determine el grado de incapacidad.

Subsidio de invalidez

Cuando el asegurado no ha cumplido el periodo de cotización necesario para que se le conceda una pensión de invalidez por enfermedad de carácter general, se concede un subsidio de invalidez por medio de una solicitud a la unidad territorial del Instituto Nacional de la Seguridad Social. La solicitud debe ir acompañada de los siguientes documentos:

- documentos del servicio contributivo (empleo) hasta la fecha de invalidez;

-
- documentos sobre el salario bruto o los ingresos sobre los que se ha cotizado;
 - la decisión de un experto de la Junta Territorial de Expertos Médicos o de la Junta Nacional de Expertos Médicos.

Capítulo VI. Pensiones y prestaciones de vejez

Nacimiento del derecho a las prestaciones de vejez

La pensión de vejez del Estado puede solicitarse tras alcanzar la edad de jubilación y haber acumulado un determinado número de periodos de cotización:

- los hombres tienen derecho a una pensión de vejez a los 63 años y 4 meses de edad, con 37 años y 4 meses cotizados;
- Las mujeres tienen derecho a una pensión de vejez a los 60 años y 4 meses de edad, con 34 años y 4 meses cotizados;
- las personas que no han cumplido los periodos de cotización necesarios tienen derecho a una pensión al cumplir 65 años y 4 meses, siempre que hayan cotizado durante 15 años.

A partir del 31 de diciembre de 2011, el periodo de cotización exigido comenzará a aumentar en 4 meses por año natural hasta alcanzar 40 años para los hombres y 37 años para las mujeres. A partir del 31 de diciembre de 2011, la edad de jubilación comenzará a aumentar en 4 meses por año natural hasta alcanzar 63 años de edad para las mujeres y 65 años de edad para los hombres. A partir del 31 de diciembre de 2011, la edad de jubilación para las personas que no hayan cumplido el periodo de cotización exigido comenzará a aumentar en 4 meses por año natural hasta alcanzar 67 años de edad.

Para los trabajadores y empleados, el periodo de cotización equivaldrá al periodo que hayan trabajado a tiempo completo de acuerdo con las horas de trabajo establecidas por ley, si se han pagado cotizaciones o se hubiera tenido la obligación de hacerlo sobre la retribución recibida, que no puede ser inferior a la base de cotización mínima. El periodo de cotización se calcula en horas, días, meses y años. Para los trabajadores y empleados a tiempo parcial, el periodo de cotización se calcula dividiendo las horas trabajadas entre las horas de trabajo establecidas por ley.

La legislación en materia de seguridad social permite el reconocimiento de algunos periodos de cotización sin necesidad de pagar cotizaciones. Estos periodos sin pago de cotizaciones se refieren a los periodos de licencia con o sin disfrute de sueldo para el cuidado de un hijo pequeño, las licencias con o sin disfrute de sueldo por incapacidad temporal para trabajar, las licencias con o sin disfrute de sueldo por embarazo y parto, y las licencias sin disfrute de sueldo de hasta 30 días laborables en un año natural y en el tiempo durante el cual la persona haya percibido el subsidio por desempleo.

La legislación en materia de Seguridad Social permite, en determinadas condiciones, la adquisición de periodos de cotización.

Pensión social de vejez

Se puede conceder una pensión social de vejez a la edad de 70 años a las personas cuyos ingresos anuales por cada miembro de la familia sea inferior al ingreso mínimo garantizado (65 BGN [33 EUR]). La pensión social de vejez es un tipo especial de pensión no vinculada al empleo. El derecho a esta prestación se concede a las personas que no tienen derecho a una pensión de vejez debido a que su periodo de

cotización no es suficiente. Esta pensión no corre a cargo de los fondos de seguro, sino del presupuesto del Estado. La pensión social de vejez es un tipo de ayuda social que se define como una pensión que se paga periódicamente (cada mes) y es gestionada por la administración de la Agencia de Asistencia Social.

Alcance de la cobertura

La base de cálculo para la pensión legal de vejez se determina multiplicando la base de cotización media mensual a nivel nacional (durante los 12 meses naturales anteriores a la concesión de la pensión) por el coeficiente personal del asegurado. El coeficiente personal se establece en función de la base de cotización media mensual del asegurado.

A continuación, la base de cálculo se multiplica por el 1,1 % por cada año cotizado y un importe proporcional por cada mes cotizado adicional. Asimismo, la base de cálculo se multiplica por el 4 % por cada año cotizado en el caso de las personas que han cumplido un periodo de cotización de 37 años y 4 meses para los hombres y de 34 años y 4 meses para las mujeres, pero que siguen trabajando tras alcanzar la edad de jubilación y no reciben todavía su pensión.

El importe de la pensión de vejez no puede ser inferior a un importe determinado ni superar un umbral máximo. El importe mínimo de la pensión de vejez se determina en la Ley del presupuesto de la Seguridad Social pública, y en 2011 es de 136,08 BGN (70 EUR). El importe de la pensión máxima (para todas las pensiones) es igual al 35 % de la base máxima de cotización correspondiente al año anterior. En 2010, la base máxima de cotización era de 2 000 BGN (1 023 EUR), y en 2011 el importe de la pensión máxima es de 700 BGN (358 EUR).

Para personas a las que se haya concedido la pensión antes del 31 de diciembre del año anterior, la pensión se actualizará cada año a 1 de julio por decisión de la Junta de Supervisión del Instituto Nacional de la Seguridad Social mediante revalorización de un porcentaje equivalente al índice de precios al consumo del año natural anterior. Debido a los recortes presupuestarios, las pensiones no se han revalorizado desde el 1 de julio de 2009.

El régimen complementario de vejez se basa en el importe ahorrado en la cuenta de cada asegurado.

¿Cómo se accede a las prestaciones de vejez?

Para recibir una pensión, el asegurado debe presentar una solicitud ante la unidad regional del Instituto Nacional de la Seguridad Social. La solicitud debe ir acompañada de los siguientes documentos:

- un libro de registro de trabajo o un libro de registro de cotizaciones o un certificado en el que se indique la duración del servicio, o
- el salario o los ingresos brutos sobre los que se calcularon las cotizaciones correspondiente a un periodo de 3 años consecutivos elegido por el asegurado entre los últimos 15 años cotizados a 1 de enero de 1997, o los ingresos respecto a los cuales se abonaron las cotizaciones correspondientes al periodo comprendido entre esa fecha y la jubilación del asegurado.

Si la solicitud al Instituto Nacional de la Seguridad Social se presenta hasta 6 meses antes de la expiración del seguro, la pensión se concede a partir de esa fecha. Si la

solicitud se presenta 6 meses o más después de la fecha de expiración del seguro, la pensión se concede a partir de la fecha de solicitud.

Tras la solicitud se concede una pensión mínima en un plazo de 1 mes, y la pensión real se calcula y se concede posteriormente.

Pensión social de vejez

Documentos que deben presentarse para obtener una pensión social de vejez:

- una solicitud para la concesión de una pensión social de vejez utilizando el formato aprobado por el Instituto Nacional de la Seguridad Social;
- una declaración sobre la familia y el patrimonio;
- una declaración de los ingresos anuales de los miembros de la familia correspondientes a los 12 meses anteriores a la solicitud;

Los ingresos anuales de los miembros de la familia incluyen los de los cónyuges y los hijos menores de 18 años, si no están casados, así como los de los hijos mayores de 18 años, si tienen una discapacidad, no reciben otros ingresos y no están casados.

La pensión social de vejez es vitalicia. El derecho a esta pensión se extingue con el fallecimiento de la persona con derecho a la prestación.

Capítulo VII. Prestaciones de supervivientes

Nacimiento del derecho a las prestaciones de supervivientes

El derecho a percibir una pensión de superviviente se concede a los hijos, al cónyuge superviviente y a los padres del asegurado fallecido.

Los hijos tienen derecho a percibir una pensión de superviviente hasta la edad de 18 años. Tras cumplir esta edad, los hijos del asegurado fallecido tienen derecho a recibir una pensión de superviviente durante su periodo de estudios hasta cumplir los 26 años. Los hijos supervivientes del asegurado fallecido que queden discapacitados antes de cumplir los 18 años de edad también tienen derecho a recibir la pensión de superviviente hasta cumplir los 26 años de edad.

El cónyuge superviviente tendrá derecho a percibir una pensión de superviviente durante 5 años antes de cumplir la edad establecida para percibir la pensión de vejez (63 años y 4 meses de edad, en el caso de los hombres, y 60 años y 4 meses de edad, en el caso de las mujeres) o antes de dicha edad si pierde su capacidad para trabajar.

Los padres del asegurado tendrán derecho a percibir una pensión de superviviente a la muerte de sus hijos si han alcanzado la edad establecida para percibir la pensión de vejez.

Pensión de superviviente de titulares de pensiones de vejez e invalidez

Al fallecimiento del asegurado, sus sucesores perciben una pensión equivalente al tipo de pensión personal (es decir, pensión por enfermedades de carácter general, accidentes de trabajo o enfermedades profesionales) que el fallecido habría percibido en calidad de persona con discapacidad con una pérdida de capacidad para trabajar superior al 90 %.

Si el fallecido tiene derecho a una pensión en razón de sus años cotizados y de su edad, sus sucesores reciben una pensión de superviviente que se calcula a partir de la pensión que deba pagarse en función del periodo cotizado, y de la edad si este supuesto les es más favorable.

En caso de fallecimiento de un pensionista que ha percibido una pensión por discapacidad debido a una enfermedad de carácter general o una pensión personal en función de su periodo de cotización y de su edad, la pensión de superviviente será equivalente al porcentaje mencionado más abajo, de acuerdo con el tipo de pensión percibida.

Subsidio de supervivientes

Los jubilados cuyo cónyuge haya fallecido tienen derecho a percibir un complemento de pensión, denominado subsidio de supervivientes. Los complementos para los supervivientes se pagan únicamente si al beneficiario ya se le ha concedido una pensión; es decir, las personas que no perciben una pensión por otros motivos no tienen derecho a dicho complemento.

Por tanto, el superviviente debe cumplir varias condiciones para percibir el complemento de pensión:

- debe percibir una pensión personal o de superviviente, independientemente de su tipo;
- no debe haberse vuelto a casar tras el fallecimiento del cónyuge; si lo hace se suspenderá el pago del complemento a partir de la fecha del matrimonio;
- no debe percibir una pensión de superviviente del fallecido.

Este subsidio se calcula en forma de porcentaje de la pensión del cónyuge fallecido y se paga para ayudar al cónyuge superviviente. El pensionista tiene derecho a un complemento del 20 % de la pensión o de las pensiones percibidas por el cónyuge fallecido (que alcanzará el 40 % en 2015). En el cálculo de este suplemento no se tienen en cuenta los complementos a la pensión del cónyuge fallecido. Si el cónyuge fallecido nunca percibió una pensión, el complemento se determina en función de la pensión o la suma de las pensiones a las que habría tenido derecho el fallecido.

Alcance de la cobertura

La pensión de supervivientes se calcula en forma de porcentaje de la pensión personal que debe recibir el asegurado fallecido, de la siguiente manera:

1. un sucesor: 50 %;
2. dos sucesores: 75 %;
3. tres o más sucesores: 100 %.

En caso de fallecimiento del padre y de la madre (incluso adoptivos), los hijos tienen derecho a una pensión de superviviente calculada a partir de la suma de las pensiones de los fallecidos.

¿Cómo se accede a las prestaciones de supervivientes?

La pensión de supervivientes se concede previa solicitud a la unidad regional competente del Instituto Nacional de la Seguridad Social. La solicitud debe ir acompañada de los siguientes documentos:

- certificado de sucesión;
- declaración del colegio que acredite que los niños continúan recibiendo educación;
- resolución de un perito para hijos que han quedado inválidos antes de los 18 años de edad, o antes de los 26 años de edad si la invalidez se produjo durante la instrucción militar o durante el servicio militar;
- resolución de un perito para cónyuges supervivientes que no han alcanzado la edad exigida y están incapacitados para trabajar;
- declaración que acredite que los hijos no son adoptados y un certificado que demuestre que el cónyuge superviviente no se ha vuelto a casar;
- declaración de los padres que acredite que no perciben una pensión personal y que no han sido privados de derechos parentales y un documento que acredite que son los padres;
- un documento expedido o certificado por el departamento militar correspondiente que acredite que la muerte se produjo durante el servicio militar, para padres de una persona que murió durante la prestación del servicio militar;
- documentos que demuestren los periodos de cotización del fallecido: libro de registro de trabajo, libro de registro de cotizaciones y certificado de los periodos de cotización, si el fallecido no era pensionista.

Capítulo VIII. Prestaciones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

Nacimiento del derecho a las prestaciones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

Todas las personas que trabajan en virtud de contratos de trabajo, contratos de servicios, cargos de elección, cooperativas y contratos de gestión tienen la obligación de estar asegurados contra accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en el Fondo de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. Este seguro cubre la invalidez, el fallecimiento, la incapacidad temporal para trabajar y la incapacidad temporal por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

El importe de las cotizaciones a la Seguridad Social que paga el asegurador se calcula en forma de porcentaje de la base de cotización mensual del asegurado.

Alcance de la cobertura

Independientemente de la duración del periodo de cotización, los asegurados tienen derecho a las siguientes prestaciones:

- prestaciones en metálico si requiere, exámenes, pruebas y tratamientos médicos de urgencia;
- tratamiento en sanatorios;
- prestaciones en metálico por invalidez temporal debido a un accidente de trabajo o enfermedad profesional;
- prestaciones en metálico para prevención y rehabilitación;
- pensiones de invalidez debido a accidentes de trabajo o enfermedades profesionales;
- prestaciones en metálico para dispositivos técnicos relacionados con la invalidez.

La prestación en metálico diaria por invalidez temporal debida a un accidente de trabajo o una enfermedad profesional equivale al 90 % del salario bruto medio diario o de la base de cotización media diaria correspondiente a los últimos 18 meses en que se hayan pagado cotizaciones o en que se haya tenido la obligación de hacerlo. La prestación se paga a partir del día en que se haya producido la invalidez hasta la recuperación o la concesión de una pensión de invalidez. Si la invalidez temporal se produce en un plazo de hasta 30 días naturales antes de la expiración del contrato de trabajo o del seguro, la prestación en metálico se paga durante el periodo de incapacidad, durante no más de 30 días naturales.

¿Cómo se accede a las prestaciones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales?

Para tener derecho a estas prestaciones, las licencias de invalidez temporal deben ser autorizadas mediante un documento de baja por enfermedad. El documento de baja por enfermedad debe expedirse el día en que se determine la invalidez; sin embargo, la fecha de inicio de la licencia puede ser el día anterior, el mismo día o el día

siguiente al examen. El documento de baja por enfermedad debe indicar el tipo de incapacidad, la necesidad y el tipo de tratamiento, así como la duración de la licencia.

El documento de baja por enfermedad debe presentarse al empresario, o debe informarse a este último inmediatamente después de su expedición y, en cualquier caso, no más tarde de los 2 días laborables posteriores. El empresario tiene la obligación de conceder dicha licencia y de pagar al asegurado el salario bruto medio diario correspondiente al primer día laborable de invalidez temporal.

El cálculo y el pago de las prestaciones en metálico correspondientes al segundo día y las posteriores de la invalidez temporal corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social, que las abona en la cuenta indicada por el asegurado.

Hasta el 31 de diciembre de 2012, el empresario sufragará los días primero, segundo y tercero de la incapacidad temporal para trabajar, al 90 % del salario bruto medio. A partir del cuarto día, el Instituto Nacional de la Seguridad Social sufragará el pago de la prestación en metálico al 80 % del salario bruto medio.

Capítulo IX. Prestaciones familiares

Nacimiento del derecho a las prestaciones familiares

Las prestaciones familiares y algunas de las prestaciones de maternidad se consideran prestaciones familiares a efectos de los Reglamentos de coordinación de la UE.

Las prestaciones familiares se pagan en metálico o en especie, y están destinados a prestar asistencia financiera durante el embarazo, el parto y el cuidado de los hijos. Adoptan la forma de pagos únicos o mensuales.

Las siguientes categorías de personas tienen derecho a percibir prestaciones familiares:

- las mujeres embarazadas que sean ciudadanas búlgaras;
- las familias de ciudadanos búlgaros por los hijos de los que cuiden en el país;
- las familias en las que el padre o la madre sean de nacionalidad búlgara, por los hijos de nacionalidad búlgara de los que cuiden en el país;
- las familias de parientes o familias adoptivas por los hijos que se les han encomendado en virtud de la Ley de protección de menores;
- las mujeres embarazadas extranjeras y las familias de nacionales extranjeros que residan de forma permanente y cuiden de sus hijos en el país, si el derecho a dichas prestaciones se contempla en otra ley o convenio internacional en el que Bulgaria sea parte.

Para tener derecho a percibir prestaciones familiares, los ingresos mensuales medios por cada miembro de la familia correspondientes a los 12 meses anteriores deben ser inferiores a los ingresos indicados a tal efecto en la Ley del presupuesto estatal de la República de Bulgaria para ese año (350 BGN [179 EUR]). El examen de recursos se aplica únicamente al subsidio mensual por hijos hasta que estos terminen la enseñanza secundaria, pero no después de que hayan cumplido los 20 años de edad, al subsidio destinado al cuidado de hijos menores de 1 año y al subsidio destinado a la escolarización de los niños en primer grado.

Alcance de la cobertura

- Las prestaciones familiares incluyen:
- subsidios puntuales a tanto alzado por embarazo;
- subsidios puntuales a tanto alzado por parto;
- subsidios puntuales a tanto alzado por el cuidado de gemelos menores de 1 año;
- subsidios puntuales a tanto alzado por el cuidado de un hijo menor de 1 año para las madres que estudian a tiempo completo en una universidad;
- subsidios mensuales por hijos hasta que terminen su enseñanza secundaria, pero no después de los 20 años;
- subsidios mensuales por el cuidado de un hijo menor de 1 año;
- subsidios selectivos para niños inscritos en primer grado;
- asistencia selectiva para viajes gratuitos al interior del país en tren o autocar para las madres de familias numerosas;

- subsidios mensuales por hijos menores de 18 años que presenten invalidez permanente, hasta que completen la enseñanza secundaria, pero no después de los 20 años.

¿Cómo se accede a las prestaciones familiares?

Las prestaciones familiares por hijos son concedidos por las Direcciones de Asistencia Social mediante una solicitud presentada con un formulario aprobado por el Ministerio de Trabajo y Política Social. La solicitud debe ser presentada por la madre u otro representante legal del menor.

Las solicitudes de subsidios puntuales a tanto alzado por parto deben ir acompañadas de los siguientes documentos:

- acta de nacimiento original del hijo por el que se solicita la asistencia;
- copias de las actas de nacimiento de todos los hijos de la madre.

El derecho surte efecto en la fecha de nacimiento del hijo, a menos que se haya dejado al niño al cuidado de una institución especializada para menores. Esta prestación puede solicitarse en un plazo de 3 años a partir del mes en que haya nacido el niño.

Las solicitudes de subsidio mensual por hijos menores de 18 años deben ir acompañadas de los siguientes documentos:

- un certificado de los ingresos brutos mensuales de la familia correspondientes a los 6 meses anteriores al mes de la solicitud (para los trabajadores por cuenta ajena o funcionarios públicos); este certificado debe indicar los ingresos en concepto de pensiones, prestaciones y becas;
- un certificado oficial de la escuela en que esté inscrito el niño, en el que se declare que el niño es alumno del centro y asiste a clase con regularidad.

Las solicitudes de subsidio mensual por hijos menores de 1 año deben ir acompañadas de los siguientes documentos:

- un certificado de los ingresos brutos mensuales de la familia correspondientes a los 6 meses naturales anteriores al mes de solicitud;
- una copia del acta de nacimiento del hijo.

Capítulo X. Desempleo

Nacimiento del derecho a las prestaciones de desempleo

Todas las personas por las cuales el empresario pague cotizaciones al seguro de desempleo están aseguradas contra dicho riesgo. Las empresas tienen la obligación de pagar esta cotización desde la recepción del contrato de trabajo, el contrato para puestos de administración o el contrato para puestos de supervisión.

Las personas que hayan pagado cotizaciones al Fondo de Desempleo durante al menos 9 meses en los 15 meses anteriores al final del periodo de seguro tienen derecho a percibir una prestación de desempleo, siempre que reúnan las siguientes condiciones:

- estén inscritos como desempleados en la Oficina de Empleo;
- no se les haya concedido un periodo de seguro ni una pensión de vejez o pensión profesional de jubilación anticipada;
- no tengan un empleo.

Alcance de la cobertura

Los asegurados tienen los siguientes servicios:

- recibir información sobre empleos vacantes;
- recibir asistencia para encontrar un empleo adecuado;
- percibir prestaciones y subsidios de desempleo.

Las prestaciones de desempleo tienen una duración de 4 a 12 meses, dependiendo del periodo total de cotización del asegurado, en los siguientes términos:

- la prestación se paga durante 4 meses si se han cotizado 3 años o menos;
- la prestación se paga durante 6 meses si se han cotizado entre 3 y 5 años;
- la prestación se paga durante 8 meses si se han cotizado entre 5 y 10 años;
- la prestación se paga durante 9 meses si se han cotizado entre 10 y 15 años;
- la prestación se paga durante 11 meses si se han cotizado entre 15 y 20 años;
- la prestación se paga durante 12 meses si se han cotizado más de 25 años.

El importe diario de la prestación por desempleo equivale al 60 % del salario medio o la base de cotización media sobre la que se hayan pagado cotizaciones al fondo de desempleo o se hubiera tenido la obligación de hacerlo durante los 24 meses naturales anteriores al mes en que haya finalizado el seguro. No puede ser inferior a un importe mínimo establecido. El importe diario mínimo de la prestación de desempleo se establece cada año en la Ley sobre el presupuesto de la Seguridad Social pública (7,20 BGN (3,68 EUR)).

Los desempleados que hayan dejado su empleo a petición propia o debido a una conducta inadecuada reciben el importe mínimo de la prestación por desempleo durante 4 meses.

¿Cómo se accede a las prestaciones de desempleo?

La prestación de desempleo se concede previa solicitud a la unidad regional el Instituto Nacional de la Seguridad Social. La solicitud debe presentarse personalmente en la dependencia correspondiente al domicilio permanente o actual. La prestación por desempleo se paga desde la fecha de finalización del seguro, si la aplicación se presenta en un plazo de 3 meses a partir de esa fecha. Si la solicitud se presenta después de esa fecha por motivos inadmisibles, la prestación en metálica se paga por el periodo indicado, previa deducción del periodo de retraso.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social ingresa la prestación de desempleo en metálico en la cuenta indicada por el asegurado.

Capítulo XI. Recursos mínimos

Nacimiento del derecho a prestaciones relativas a los recursos mínimos

Las prestaciones sociales en metálico o en especie complementan los ingresos o conceden un ingreso para satisfacer las necesidades básicas o las necesidades coyunturales de las personas y las familias. Las prestaciones sociales se conceden a personas que hayan agotado todas las demás posibilidades de sustentarse a sí mismas y a sus familiares.

Las personas o familias cuyos ingresos en el mes anterior sean inferiores al ingreso mínimo diferenciado establecido previamente tienen derecho a una prestación mensual.

Alcance de la cobertura

El Consejo de Ministros establece el importe mensual del ingreso mínimo garantizado, que sirve como base para calcular el importe de la asistencia social. El ingreso mínimo garantizado asciende a 65 BGN (33 EUR).

Las personas y familias con bajos ingresos tienen derecho a la asistencia social mensual, a prestaciones de asistencia social selectiva para satisfacer necesidades concretas relacionadas con viajes, enfermedad, tratamiento médico en el extranjero, vivienda, etc., o a prestaciones de asistencia social a tanto alzado para satisfacer necesidades extraordinarias.

Asimismo, las personas y familias cuyos ingresos sean inferiores a un nivel determinado pueden recibir un subsidio para calefacción durante un periodo de 5 meses consecutivos (de noviembre a abril). El Ministerio de Trabajo y Política Social establece el importe del subsidio mensual para calefacción.

¿Cómo se accede a las prestaciones de recursos mínimos?

Las prestaciones sociales se conceden previa solicitud presentada por la persona necesitada o por sus representantes autorizados. Las ayudas se conceden tras tomar en consideración los siguientes aspectos:

- los ingresos de la persona o la familia;
- el patrimonio de la persona;
- el patrimonio de la familia de la persona;
- el estado de salud de la persona;
- las posibles actividades laborales o educativas;
- la edad.
- otras circunstancias.

Las prestaciones sociales están exentas de impuestos y gravámenes.

Los desempleados en edad de trabajar que reciban un subsidio mensual y que no estén incluidos en programas de empleo tienen la obligación de realizar trabajos comunitarios durante 4 horas diarias durante un periodo de 14 días, de acuerdo con los programas organizados por la administración municipal para la prestación de servicios sociales, programas medioambientales, construcción y saneamiento de asentamientos y otros programas para actividades comunitarias.

Capítulo XII. Dependencia

Nacimiento del derecho a las prestaciones de dependencia

Los cuidados por dependencia se necesitan cuando una persona contrae una enfermedad o sufre una invalidez que le impide realizar sus actividades diarias normales y es probable que esta vaya a prolongarse durante un largo periodo. En el caso de las personas mayores, esto se debe normalmente a una creciente fragilidad por el envejecimiento o las secuelas crónicas de afecciones graves, como un golpe o una caída, o artritis grave. Asimismo, las prestaciones de dependencia pueden ser necesarias en caso de que una persona sufra discapacidad mental. La forma más común de incapacidad entre las personas mayores es la enfermedad de Alzheimer.

En Bulgaria, las prestaciones de dependencia corresponden al sector de la asistencia social. El sector de la Seguridad Social, que se basa en el pago de cotización por una serie de riesgos sociales, actualmente no presta protección social para los cuidados por dependencia.

Alcance de la cobertura

Las prestaciones de dependencia se conceden de conformidad con uno de los siguientes programas estatales:

- Los complementos de pensión para asistencia externa se conceden a pensionistas con una pérdida de más del 90 % de la capacidad para trabajar y que necesitan constantemente asistencia externa. Estos reciben un complemento de pensión equivalente al 75 % de la pensión social de vejez.
- El Programa Nacional «asistentes para las personas con discapacidad» presta cuidados al entorno familiar de estas personas o de personas gravemente enfermas. El programa pretende ofrecer a los desempleados un empleo, ya sea como asistente personal o como asistente social. Los asistentes personales ayudan a familias en las que hay una persona con discapacidad necesitada de atención permanente. Los asistentes sociales ayudan a las personas con discapacidad, gravemente enfermas o que viven solas en sus actividades diarias, organizan su tiempo de ocio y realizan actividades para su inclusión social. Este programa se financia con cargo al presupuesto del Estado.
- El programa de «asistentes personales», aplicado por la Agencia de Asistencia Social y los municipios, fomenta la integración social de los niños con discapacidad y de las personas que sufren enfermedades graves, mediante la prestación de atención permanente que les permita subvenir a sus necesidades cotidianas. Este programa recibe financiación del Fondo Social Europeo.
- El programa de actividades de «asistentes sociales» y «asistentes domésticos» financia proyectos de los municipios y organizaciones no gubernamentales, que han presentado una solicitud para llevar a cabo dichas actividades. Este programa recibe financiación del Fondo Social Europeo.
- Las instituciones especializadas en servicios sociales de la Agencia de Asistencia Social prestan servicios sociales en residencias en las que se separa a las personas del entorno de su hogar. Incluyen residencias para niños y adultos con

discapacidad, establecimientos profesionales de educación social, residencias para jubilados y residencias de alojamiento temporal.

Un asistente personal se ocupa de las personas mayores y los niños con discapacidades graves que necesitan atención durante todo el día. Los posibles beneficiarios son los siguientes:

- las personas que necesitan atención permanente y que presenten una invalidez permanente del 90 % o más, con derecho a asistencia externa;
- los niños que presenten una pérdida de capacidad para la adaptación social del 50 % o más, con derecho a asistencia externa;
- los adultos o los niños no admitidos en instituciones especializadas en personas con discapacidad.

Es posible que los asistentes sociales trabajen a tiempo parcial, y el servicio solo puede utilizarse para casos de gravedad media, en los que la persona atendida deba salir para establecer relaciones sociales, para recibir rehabilitación o acudir al lugar de trabajo, si realiza actividades económicas. Los posibles beneficiarios son los siguientes:

- las personas que sufran una invalidez permanente del 90 % o más, a las que se haya prescrito asistencia externa;
- los niños que presenten una pérdida de capacidad para la adaptación social del 50 % o más, con derecho a asistencia externa;
- las personas gravemente enfermas o que vivan solas y no puedan cuidar de sí mismas;
- los adultos o los niños no admitidos en instituciones especializadas en personas con discapacidad.

Las personas con derecho a recibir los servicios de un asistente personal y un asistente social deben elegir entre ambos.

Los asistentes domésticos no poseen cualificaciones especiales y realizan tareas domésticas rutinarias.

¿Cómo se accede a las prestaciones de dependencia?

Complemento para asistencia externa

La Junta Territorial de Expertos Médicos o la Junta Nacional de Expertos Médicos evalúan el derecho a percibir un complemento para asistencia externa. Estos organismos emiten una decisión en la que se indica que la persona es incapaz de cuidar de sí misma y necesita asistencia de un tercero. Para solicitar el complemento de pensión para asistencia externa deben incluirse los siguientes documentos:

- el formulario de solicitud;
- la decisión de la Junta Territorial de Expertos Médicos, en la que deben figurar los datos necesarios sobre el estado de salud del pensionista, el grado de pérdida de la capacidad para trabajar y datos sobre el periodo de derecho al complemento;
- la decisión del comité médico de la unidad regional del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Servicios sociales prestados en la comunidad

Las personas que deseen recibir servicios sociales deben presentar una solicitud por escrito a tal efecto:

- al Director de la Dirección de Asistencia Social para los servicios delegados por el Estado;
- al alcalde del municipio, para los servicios prestados por este último;
- al órgano de gestión, si el proveedor del servicio es una sociedad inscrita con arreglo a la Ley de sociedades o una persona jurídica.

Anexo. Direcciones de instituciones y sitios web útiles

En la página web de la red MISSOC podrá encontrar un cuadro detallado con todas las disposiciones en materia de Seguridad Social de Bulgaria y otros Estados miembros.

Para las cuestiones de Seguridad Social que afectan a más de un país de la UE, puede buscar una institución de contacto en el Directorio Público de Instituciones de Seguridad Social Europeas que mantiene la Comisión Europea en la siguiente página: http://ec.europa.eu/employment_social/social-security-directory/welcome.seam?langId=es.

AGENCIA NACIONAL TRIBUTARIA

52, Kniaz Dondukov, Blvd.
1000 Sofia, Bulgaria
Tfno.: (+359 2) 9859 3037
Correo electrónico: infocenter@nra.bg
<http://www.nra.bg>

INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

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

FONDO NACIONAL DEL SEGURO DE ENFERMEDAD

1407 Sofia
1, Krichim Street
Información a los ciudadanos: Tfno.: (+359) (0) 800 14 800 - línea telefónica nacional
<http://www.nhif.bg>

MINISTERIO DE TRABAJO Y POLÍTICA SOCIAL

Sofia 1051
2 Triaditsa Street
Tfno.: (+359 2) 8119 443; fax: (+359 2) 988 44 05; 986 13 18
Correo electrónico: mlsp@mlsp.government.bg
<http://www.mlsp.government.bg>

COMISIÓN DE SUPERVISIÓN FINANCIERA

1303 Sofia
33 Shar Planina Street
Operadora: (+359 2) 94 04 999
Centro para la prensa: (+359 2) 94 443; fax: (+359 2) 829 43 24
Correo electrónico: bg_fsc@fsc.bg
<http://www.fsc.bg>