



Commissione
europea

I diritti di previdenza sociale

in Bulgaria

Le informazioni fornite nella presente guida sono state elaborate e aggiornate in stretta collaborazione con i corrispondenti nazionali del Sistema di informazione reciproca sulla protezione sociale nell'Unione europea (MISSOC).

Ulteriori informazioni sulla rete MISSOC sono disponibili all'indirizzo:

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

La presente guida fornisce una descrizione generale delle disposizioni in materia di previdenza sociale nei rispettivi paesi. Per ottenere maggiori informazioni consultare ulteriori pubblicazioni MISSOC disponibili al link succitato. In alternativa è possibile contattare gli enti e le autorità competenti riportati nell'allegato alla presente guida.

Né la Commissione europea né alcuna persona che agisca a nome della Commissione europea può essere considerata responsabile dell'uso che dovesse essere fatto delle informazioni contenute nella presente pubblicazione.

Indice

Capitolo I: Introduzione, organizzazione e finanziamento	5
Introduzione	5
Organizzazione della protezione sociale	5
Finanziamento	6
Capitolo II: Servizi sanitari	8
Requisiti per beneficiare dell'assistenza sanitaria	8
Rischi coperti	9
Come beneficiare delle prestazioni sanitarie	11
Capitolo III : Prestazioni di malattia in denaro	12
Requisiti per beneficiare delle prestazioni di malattia in denaro	12
Rischi coperti	12
Come beneficiare delle prestazioni di malattia in denaro	13
Capitolo IV: Prestazioni di maternità e paternità	14
Requisiti per beneficiare delle prestazioni di maternità o paternità	14
Rischi coperti	15
Come beneficiare delle prestazioni di maternità e di paternità	15
Capitolo V: Prestazioni di invalidità	16
Requisiti per beneficiare delle prestazioni di invalidità	16
Rischi coperti	16
Come beneficiare delle prestazioni di invalidità	17
Capitolo VI: Prestazioni e pensioni di vecchiaia	19
Requisiti per beneficiare delle prestazioni di vecchiaia	19
Rischi coperti	20
Come beneficiare delle prestazioni di vecchiaia	20
Capitolo VII: Prestazioni ai superstiti	22
Requisiti per beneficiare delle prestazioni ai superstiti	22
Rischi coperti	23
Come beneficiare delle prestazioni ai superstiti	23
Capitolo VIII: Prestazioni in caso di infortuni sul lavoro e malattie professionali	24
Requisiti per beneficiare delle prestazioni in caso di infortuni sul lavoro e malattie professionali	24
Rischi coperti	24
Come beneficiare delle prestazioni in caso di infortuni sul lavoro e malattie professionali	24
Capitolo IX: Prestazioni familiari	26
Requisiti per beneficiare delle prestazioni familiari	26
Rischi coperti	26
Come beneficiare delle prestazioni familiari	27
Capitolo X: Disoccupazione	28
Requisiti per il diritto alle prestazioni di disoccupazione	28
Rischi coperti	28
Come beneficiare delle prestazioni di disoccupazione	29
Capitolo XI: Risorse minime	30
Requisiti per beneficiare delle prestazioni relative alle risorse minime	30
Rischi coperti	30
Come beneficiare delle prestazioni relative alle risorse minime	30
Capitolo XII: Assistenza di lunga durata	32
Requisiti per beneficiare dell'assistenza a lungo termine	32
Rischi coperti	32
Come beneficiare dell'assistenza a lungo termine	33

Allegato : Recapiti delle istituzioni e degli enti e siti Internet utili35

Capitolo I: Introduzione, organizzazione e finanziamento

Introduzione

L'ambito della protezione sociale in Bulgaria comprende l'assicurazione sociale ordinaria di carattere contributivo, i regimi di previdenza sociale di carattere non contributivo e l'assistenza sociale, compreso il regime dei servizi sociali. Esso comprende programmi mirati di assistenza e previdenza sociale, volti a favorire l'impiego di categorie di persone svantaggiate, l'erogazione di assegni familiari per i figli, ecc. I regimi previdenziali non contributivi e il regime di assistenza sociale sono finanziati dal bilancio dello Stato. Per valutare il diritto alle prestazioni, questi regimi vedono l'applicazione di una serie di criteri, compresi i requisiti di reddito. I regimi di assicurazione sociale sono finanziati mediante bilanci speciali delle casse di assicurazione sociale.

L'assicurazione sociale pubblica gestita dall'Istituto nazionale di assicurazione sociale prevede indennità in denaro, prestazioni e pensioni in caso di:

- inabilità temporanea al lavoro;
- maternità;
- riduzione temporanea dell'abilità lavorativa (riassegnazione);
- disoccupazione;
- invalidità;
- vecchiaia;
- decesso.

L'assicurazione sanitaria obbligatoria, così come l'assistenza sanitaria finanziata dal bilancio, prevede un pacchetto di attività sanitarie di base che, a seconda del regime, sono finanziate dalla Cassa nazionale di assicurazione sanitaria o dal bilancio pubblico.

L'assistenza sociale, come stabilito dalla legislazione nazionale, prevede prestazioni in denaro o in natura, volte a integrare o sostituire il reddito fino al raggiungimento dell'importo minimo necessario per il soddisfacimento delle esigenze di base o a soddisfare le esigenze secondarie dei singoli soggetti beneficiari e delle famiglie.

Organizzazione della protezione sociale

Il sistema sanitario bulgaro comprende sia i regimi assicurativi che quelli fiscalizzati.

I regimi di assicurazione sociale pubblica erogano prestazioni in denaro e pensioni contro i rischi di: malattia, invalidità, maternità, malattia professionale e infortuni sul lavoro, vecchiaia e morte. Oltre ai regimi di previdenza sociale, anche il regime di assistenza sociale prevede la tutela contro il rischio di povertà, nonché la copertura delle prestazioni familiari ai sensi della legislazione bulgara.

Il sistema pensionistico bulgaro è costituito da tre pilastri. Dal 2000, oltre al regime per ripartizione, è attivo anche un regime pensionistico integrativo obbligatorio, che costituisce il secondo pilastro. Tale regime copre tutti gli assicurati nati dopo il 31 dicembre 1959 che hanno sottoscritto l'assicurazione pubblica di Stato (regime universale) e i lavoratori che lavorano in condizioni rischiose (fondi pensionistici di

categoria). Il terzo pilastro comprende l'assicurazione pensionistica su base volontaria, all'interno della quale sono stati introdotti anche regimi di previdenza professionale regolamentati dalla direttiva IORP. Il secondo e il terzo pilastro sono gestiti da compagnie assicurative private soggette al controllo della Commissione di supervisione finanziaria (Комисия за финан_сов надзор).

Gli enti e le attività previdenziali sono soggetti a regolamentazione obbligatoria attuata dal Parlamento e dal Consiglio dei ministri in collaborazione con le organizzazioni rappresentative dei lavoratori e dei datori di lavoro, nonché con altre organizzazioni della società civile, quali ad esempio le organizzazioni di tutela del paziente, sotto la supervisione della magistratura.

Il ministro del Lavoro e delle politiche sociali elabora e adotta le politiche nell'ambito dell'assicurazione sociale pubblica, dei regimi pensionistici integrativi e obbligatori e dell'assistenza sociale.

Il ministro della Salute elabora e adotta le politiche nell'ambito dell'assistenza sanitaria, sia nei regimi fiscalizzati che in quelli assicurativi.

L'Agenzia nazionale delle entrate (Националната агенция по приходите), istituita nel 2005, è responsabile della creazione e del controllo degli obblighi tributari e di assicurazione sociale, nonché della loro riscossione.

L'Ente di previdenza sociale nazionale (Национален осигурителен институт), istituito nel 1995, organizza le iscrizioni ai regimi di assicurazione pubblica per le prestazioni in denaro.

Il Fondo nazionale di assicurazione malattia (Националната здравноосигурителна каса) svolge la sua attività dal 1999 e ha iniziato a stipulare le convenzioni per i servizi sanitari con i relativi fornitori a partire dal 1° luglio 2000.

L'Agenzia per l'impiego (Агенцията по заетостта), istituita nel 1990, attua una serie di misure proattive per l'occupazione dei disoccupati, a prescindere dalla loro iscrizione ad un'assicurazione.

L'Agenzia di assistenza Sociale (Агенцията за социално подпомагане) gestisce le attività correlate all'erogazione di fondi sufficienti, previdenza sociale e prestazioni familiari.

Nel 2005 è stata fondata l'Agenzia per le persone disabili (Агенция за хората с увреждания), responsabile della realizzazione di varie attività nell'ambito dell'integrazione delle persone affette da disabilità.

Finanziamento

Il sistema previdenziale è finanziato dai contributi di assicurazione nazionale versati dai datori di lavoro, dai lavoratori subordinati, dai lavoratori autonomi e in parte dal bilancio dello Stato. Il regime di assistenza sociale è finanziato esclusivamente dal bilancio dello Stato.

Contributi

I contributi assicurativi costituiscono una percentuale del reddito contributivo. Sono stati suddivisi fra l'assicuratore e l'assicurato in proporzione di 60: a 40 (solo per i

fondi di "Malattia e maternità" e di "Disoccupazione"). L'aliquota contributiva totale per l'assicurazione pensionistica relativa alla terza categoria di lavoro è pari al 17,8% (di cui il 9,9% è a carico dell'assicuratore e l'8,0% a carico dell'assicurato). Se l'assicurato è nato dopo il 31 dicembre 1959, l'aliquota contributiva per la pensione sarà del 12,8% (di cui il 7,1% è a carico dell'assicuratore e il 5,7% a carico dell'assicurato). Dal 1° gennaio 2009, il bilancio pubblico esegue dei trasferimenti a favore del fondo "Pensioni" pari al 12% della somma di tutti i redditi contributivi degli assicurati, relativa all'anno di calendario in questione.

Il versamento dei contributi per funzionari, giudici, procuratori, agenti investigativi, ufficiali giudiziari pubblici, dipendenti statali dell'amministrazione giudiziaria e personale militare è a carico del bilancio dello Stato.

Il versamento dei contributi dei lavoratori autonomi è interamente a loro carico.

A seconda delle condizioni di lavoro, i contributi per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali variano dallo 0,4% all'1,1% e sono completamente a carico del datore di lavoro/assicuratore.

Il versamento dei contributi ai crediti garantiti della Cassa del personale è interamente a carico dei datori di lavoro (0,1% per il 2010). Per il 2012 i versamenti dei contributi alla Cassa sono stati temporaneamente sospesi.

I lavoratori di prima e seconda categoria risultano obbligatoriamente assicurati al fondo pensionistico professionale per l'assicurazione pensionistica integrativa obbligatoria (SMPS). L'importo dei contributi per la prima categoria di lavoro corrisponde al 12%, mentre per la seconda equivale al 7%. Il versamento dei contributi è interamente a carico del datore di lavoro. Il datore di lavoro, inoltre, è tenuto a versare a proprie spese un altro 3% di contributi destinato al fondo "Pensioni". Per conto degli insegnanti, l'assicuratore deve versare a proprie spese un ulteriore 4,3% di contributi al fondo pensione del personale docente. Nel caso di persone nate dopo il 1° gennaio 1960 è prevista una riduzione dei contributi da versare al fondo "Pensioni". La differenza del 5% viene accreditata sul conto del singolo assicurato in un fondo pensioni universale per l'assicurazione pensionistica integrativa obbligatoria.

L'importo massimo mensile del reddito contributivo è di 2 000 BGN (1 023 EUR). I contributi previdenziali devono essere versati sulle retribuzioni lorde mensili percepite, comprese quelle accumulate e non corrisposte. I contributi versati non possono essere inferiori al reddito contributivo minimo così come stabilito dalle principali attività economiche e dalle categorie professionali.

Nel caso di categorie di lavoratori per i quali non è stato stabilito alcun reddito contributivo minimo, i contributi devono essere versati sulla base della retribuzione mensile minima nazionale.

Il reddito contributivo minimo per i lavoratori autonomi varia da 420 BGN (215 EUR) a 550 BGN (282 EUR), a seconda del loro reddito imponibile annuale relativo al 2010. Per coloro che nel 2009 non hanno svolto attività di lucro e per i lavoratori autonomi che hanno dato avviato la propria attività economica nel 2011 e nel 2012, l'importo minimo del reddito contributivo corrisponde a 420 BGN (215 EUR).

Capitolo II: Servizi sanitari

Requisiti per beneficiare dell'assistenza sanitaria

Nell'ambito dei regimi sanitari fiscalizzati

1. Cittadini bulgari;
2. stranieri che risiedono in via permanente in Bulgaria;

NB: a norma della legislazione bulgara, i cittadini degli altri Stati membri dell'UE non sono considerati stranieri; sulla base del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea per i cittadini dell'UE sono previsti gli stessi diritti e obblighi dei cittadini bulgari.

Nell'ambito dell'assicurazione malattia obbligatoria

In Bulgaria il regime di assicurazione malattia obbligatoria è gestito dalla Cassa nazionale dell'assicurazione sanitaria (National Health Insurance Fund - NHIF). Detta Cassa fornisce un pacchetto di servizi di assistenza sanitaria di base valutando i contributi versati all'assicurazione malattia obbligatoria.

L'assicurazione malattia è obbligatoria per le seguenti categorie:

1. tutti i cittadini bulgari privi della cittadinanza di un altro paese;
2. cittadini bulgari che possiedono anche la cittadinanza di un altro paese ma risiedono in via permanente nel territorio della Repubblica di Bulgaria;
3. cittadini stranieri o apolidi che possiedono un permesso di soggiorno permanente o per un lungo periodo nel territorio della Repubblica di Bulgaria, tranne altre disposizioni previste da un accordo internazionale stipulato dalla Repubblica di Bulgaria;
4. persone con status di rifugiato, status umanitario o diritto di asilo;
5. studenti stranieri e dottorandi ammessi alle università o agli istituti scientifici del paese, secondo quanto stabilito dal decreto n. 103 del Consiglio dei ministri del 1993 per la realizzazione di attività educative fra i cittadini bulgari all'estero e dal decreto n. 228 del Consiglio dei ministri del 1997 concernente l'ammissione dei cittadini della ex Repubblica jugoslava di Macedonia alle università pubbliche della Repubblica di Bulgaria;
6. persone che non rientrano nei casi descritti alle voci 1 - 5. Per esse la legislazione della Repubblica di Bulgaria viene applicata in conformità delle norme per il coordinamento dei regimi di previdenza sociale.

Le persone iscritte a un'assicurazione malattia in un altro Stato membro non sono obbligate a sottoscrivere l'iscrizione alla Cassa nazionale dell'assicurazione sanitaria, conformemente alle norme per il coordinamento dei regimi di previdenza sociale.

Se il versamento dei contributi per l'assicurazione malattia è a carico dell'assicurato e questi manca il pagamento per più di 3 mensilità contributive nell'arco di 36 mesi, verranno sospesi i suoi diritti all'assicurazione malattia fino al mese precedente a quello in cui sono stati prestati i servizi sanitari. Gli interessati potranno recuperare la propria copertura assicurativa versando i contributi arretrati per le spese sanitarie relativi ai precedenti 36 mesi. I diritti di assicurazione malattia dell'interessato saranno ripristinati a partire dalla data del versamento dei contributi arretrati. Gli importi

pagati per le prestazioni sanitarie ricevute non saranno rimborsati. Quando il versamento dei contributi spetta al datore di lavoro o a un'altra persona, il mancato versamento dei contributi non priva l'assicurato del diritto all'assicurazione malattia.

Rischi coperti

L'ambito del regime sanitario fiscalizzato

Ai cittadini bulgari e ad alcune categorie di cittadini stranieri in possesso di un permesso di soggiorno a lungo termine il regime fiscalizzato offre i seguenti servizi:

- assistenza medica in casi di emergenza;
- cure ostetriche per tutte le donne prive di un'assicurazione malattia, a prescindere dal tipo di parto, nell'ambito stabilito da un'ordinanza del ministro della Salute che ne determina anche le procedure;
- assistenza psichiatrica ospedaliera;
- fornitura di sangue o di prodotti sanguigni;
- trapianto di organi, tessuti e cellule;
- trattamenti obbligatori e/o isolamento sanitario obbligatorio;
- consulti con esperti e referti sul grado di disabilità e di perdita a lungo termine dell'abilità al lavoro;
- pagamento dei trattamenti per la cura di malattie secondo i termini e le condizioni previsti dal ministro della Salute;
- trasporti in ambulanza secondo i termini e le condizioni previsti dal ministro della Salute.

L'ambito dell'assicurazione malattia obbligatoria

L'assicurazione malattia obbligatoria deve garantire agli assicurati cure mediche gratuite attraverso un pacchetto di attività di assistenza sanitaria di tipo, ambito e importo specifici, nonché la libertà di scelta del fornitore di assistenza convenzionato con la Cassa regionale dell'assicurazione sanitaria.

Il diritto di scelta vale in tutto il territorio della Bulgaria e non può subire restrizioni per ragioni geografiche e/o amministrative.

La Cassa nazionale dell'assicurazione malattia si fa carico delle spese relative alle seguenti prestazioni sanitarie:

1. cure mediche e odontoiatriche per la prevenzione di malattie;
2. servizi medici e dentistici per la diagnosi precoce di malattie;
3. prestazioni ambulatoriali e ospedaliere per la diagnosi e la cura di malattie;
4. ulteriori trattamenti, cure a lungo termine e riabilitazione medica;
5. cure mediche d'urgenza;
6. assistenza medica in caso di gravidanza, parto e maternità;
7. cure mediche ai sensi dell'articolo 82, paragrafo 1, punto 2 della legge sulla Sanità;
8. aborti effettuati per ragioni mediche e per gravidanze causate da atti di violenza;
9. cure dentistiche;
10. cure mediche in caso di trattamenti a domicilio;
11. prescrizione e distribuzione di medicinali ammessi per le cure domiciliari sul territorio nazionale;

12. prescrizione e distribuzione di articoli di consumo e alimenti dietetici per specifici scopi medici;
13. consulenza medica per la valutazione dell'abilità lavorativa;
14. trasporto in ambulanza per ragioni mediche;
15. attività sanitarie in virtù dell'articolo 82, paragrafo 2, punto 3 della legge sulla Sanità (cura psichiatrica ospedaliera).

Le cure mediche di cui al paragrafo precedente, a eccezione dei punti 11, 12 e 15, vanno intese come prestazioni di un pacchetto di servizi di base garantito dal bilancio della Cassa nazionale di assicurazione malattia. Tale pacchetto di base deve essere stabilito da un'ordinanza del ministro della Salute.

Per poter svolgere le attività previste in questa legge, l'NHIF e l'Associazione dei medici bulgari devono firmare e adottare il contratto quadro nazionale per le attività mediche, mentre l'Associazione odontoiatrica bulgara e l'NHIF devono firmare e adottare il contratto quadro nazionale per le attività odontoiatriche. I contratti quadro nazionali devono contenere:

1. i requisiti che i fornitori delle prestazioni mediche sono tenuti a rispettare, nonché le procedure per la conclusione degli accordi con loro;
2. le particolari tipologie di prestazioni mediche previste dal pacchetto di base;
3. le condizioni e le procedure per la fornitura delle prestazioni comprese nel pacchetto di base;
4. la qualità e i criteri di accessibilità alle prestazioni sanitarie;
5. la documentazione e il flusso di documenti;
6. gli obblighi per le parti di fornire servizi informativi e garantire lo scambio di informazioni;
7. altre questioni di rilievo per l'assicurazione malattia.

Il ministro della Salute deve emettere un'ordinanza che stabilisca un elenco di malattie per le quali i farmaci, i prodotti medicali e gli alimenti dietetici con speciali scopi medici e destinati alle cure domiciliari devono essere totalmente o parzialmente rimborsati dalla Cassa nazionale di assicurazione malattia. L'NHIF rimborsa totalmente o parzialmente un numero massimo di 3 prodotti farmaceutici per ciascuna malattia presente nell'elenco. Il costo dei prodotti farmaceutici viene stabilito dall'NHIF e dalle associazioni dei medici e degli odontoiatri di concerto con i produttori e i grossisti. La quota di pagamento a carico della Cassa nazionale di assicurazione malattia per i prodotti contemplati nell'elenco viene stabilita nel contratto quadro nazionale.

Per ogni visita presso un medico generico, uno specialista in regime ambulatoriale o un dentista, l'assicurato è tenuto a versare una somma pari all'1% della retribuzione minima.

In caso di ricovero ospedaliero, l'assicurato dovrà versare il 2% della retribuzione minima nazionale per ciascun giorno di ricovero, purché tale periodo risulti inferiore a 10 giorni all'anno. A partire dall'undicesimo giorno il paziente non è più tenuto al pagamento della quota a suo carico.

Il pagamento della quota per le prestazioni sanitarie ambulatoriali e ospedaliere e per le cure dentistiche non è previsto per:

- le persone affette dalle malattie specificate nell'allegato al contratto quadro nazionale;
- i figli minori e i familiari disoccupati;
- le vittime del dovere;
- gli invalidi e i veterani di guerra;
- i detenuti e i prigionieri;

- gli indigenti che ricevono aiuti di Stato;
- le persone prive di reddito che vivono in case di cura;
- i professionisti sanitari;
- le gestanti e le giovani madri, fino al 45° giorno successivo al parto;
- gli assicurati con gravi invalidità affetti anche da malattie specifiche;
- i pazienti affetti da neoplasma maligno.

Le persone che hanno perso i diritti all'assicurazione malattia sono tenute al pagamento delle prestazioni sanitarie ricevute.

Come beneficiare delle prestazioni sanitarie

Scelta del medico generico

Gli assicurati possono scegliere liberamente un medico generico per le cure ambulatoriali primarie e un dentista tra quelli operanti su tutto il territorio nazionale. È possibile cambiare il proprio medico generico ogni anno, nel periodo compreso tra il 1° e il 30 giugno e il 1° e il 31 dicembre. Tuttavia, in caso di cambio di residenza, l'assicurato può scegliere un nuovo medico generico in qualunque momento dell'anno.

Cure dentistiche

I soggetti assicurati hanno diritto a ricevere cure odontoiatriche presentando la propria cartella clinica al dentista scelto sul territorio nazionale.

Cure ambulatoriali

Gli assicurati ai quali il medico generico "prescrive un consulto o un trattamento congiunto" possono ricevere cure ambulatoriali specialistiche. Tale prescrizione medica può essere utilizzata entro 30 giorni dal rilascio. Dietro presentazione della prescrizione medica, l'assicurato può scegliere uno specialista presso una qualsiasi struttura ospedaliera convenzionata con la Cassa regionale di assicurazione malattia.

Accesso alle strutture che erogano cure ospedaliere

I medici e i dentisti possono indirizzare i propri pazienti presso una struttura sanitaria specifica presente sul territorio nazionale dove poter ricevere cure ospedaliere. L'ospedale (o l'ambulatorio) deve essere necessariamente convenzionato con la Cassa regionale di assicurazione malattia. A partire dal 2011 il paziente ha la possibilità di scegliere l'équipe medica e infermieristica all'interno della struttura sanitaria.

Capitolo III : Prestazioni di malattia in denaro

Requisiti per beneficiare delle prestazioni di malattia in denaro

L'assicurazione sociale pubblica offre ai lavoratori subordinati assicurati prestazioni previdenziali e indennità per i periodi di inabilità temporanea al lavoro, durante i quali sono in fase di convalescenza e non percepiscono alcun reddito.

Rischi coperti

Gli assicurati hanno diritto alle prestazioni per inabilità temporanea al lavoro in caso di:

- malattia;
- infortuni, tranne per quelli legati al lavoro;
- visite mediche dovute a malattia;
- quarantena;
- gravidanza;
- maternità;
- riassegnazione (per malattia);
- riassegnazione (per gravidanza);
- soggiorni climatici-sanatoriali per la cura di malattie;
- necessità di accompagnare in ospedale un figlio di età non superiore a 3 anni;
- necessità di prendersi cura di un figlio di età inferiore a 18 anni;
- necessità di occuparsi di una persona malata di età superiore a 18 anni.

L'importo della prestazione giornaliera in denaro corrisposta per incapacità temporanea al lavoro dovuta a malattia generica deve essere calcolata secondo una percentuale dell'80%. Per un'inabilità temporanea causata da infortunio sul lavoro o malattia professionale l'importo ammonta al 90% della retribuzione media lorda giornaliera o del reddito contributivo medio giornaliero degli ultimi 18 mesi, durante i quali i contributi assicurativi sono stati o devono essere versati.

Le prestazioni in denaro per inabilità temporanea al lavoro dovuta a malattia generica, infortuni sul lavoro e malattie professionali sono corrisposte a partire dal primo giorno di comparsa della malattia fino alla guarigione o alla certificazione di invalidità permanente.

Fino al 31 dicembre 2012, il datore di lavoro è tenuto a corrispondere le prestazioni di malattia in denaro per i primi tre giorni di inattività temporanea secondo un importo pari al 70% della retribuzione media lorda del lavoratore subordinato. Successivamente, l'importo della prestazione dovrà corrispondere all'80% del reddito contributivo e sarà a carico dell'ente nazionale di previdenza sociale.

Come beneficiare delle prestazioni di malattia in denaro

I congedi per inabilità temporanea al lavoro vengono autorizzati attraverso un certificato di assenza per malattia rilasciato dalle autorità responsabili della valutazione dell'abilità lavorativa. Il certificato di assenza per malattia viene rilasciato nel giorno in cui viene accertata l'incapacità. Il congedo può avere inizio dal giorno stesso in cui viene effettuata la visita medica, da quello precedente o da quello successivo. Il certificato di assenza per malattia deve indicare il tipo di inabilità, il grado di necessità, la tipologia di cure richieste e la durata del congedo. Il certificato di assenza per malattia deve essere inviato al datore di lavoro che, in alternativa, deve essere informato dell'assenza per malattia subito dopo il rilascio di questo certificato. In ogni caso il tutto deve avvenire entro due giorni lavorativi.

La presentazione del certificato di assenza per malattia comporta obbligatoriamente la concessione del congedo da parte del datore di lavoro. Per il primo giorno di inabilità temporanea, il datore di lavoro è tenuto a versare all'assicurato un importo pari alla retribuzione giornaliera media lorda relativa al mese in cui è comparsa l'invalidità temporanea.

Le prestazioni in denaro per i successivi giorni di invalidità temporanea vengono calcolate dall'ente nazionale di previdenza sociale, che le versa sul conto bancario dell'assicurato.

Capitolo IV: Prestazioni di maternità e paternità

Requisiti per beneficiare delle prestazioni di maternità o paternità

Gli assicurati hanno diritto alle indennità di gravidanza e parto al posto del proprio salario, purché abbiano maturato un periodo minimo di 12 mesi di assicurazione sul rischio.

Prestazioni di maternità (Maternity benefit - MB)

Le madri titolari di un'assicurazione malattia e maternità hanno diritto a un'indennità di gravidanza e parto per un periodo di 410 giorni a partire dal 45° giorno antecedente la data del parto. Se il parto avviene prima del termine dei 45 giorni dalla ricezione dell'indennità, la parte restante dell'indennità può essere goduta dopo la nascita del figlio.

Il padre che ha maturato un periodo assicurativo di almeno 12 mesi presso la "Cassa malattia e maternità" ha diritto a un'indennità di paternità obbligatoria per un periodo di 15 giorni dopo la nascita del figlio. L'importo della prestazione equivale al 90% del reddito contributivo del padre relativo agli ultimi 24 mesi. Con il consenso della madre naturale (o adottiva), al compimento del 6° mese di età del figlio, il padre naturale (o adottivo) può utilizzare la parte restante dei 410 giorni di congedo al posto della madre, ricevendo anche la relativa indennità.

Al termine del congedo di gravidanza e parto, le madri che hanno maturato un periodo minimo di 12 mesi di assicurazione malattia e maternità hanno diritto a un'indennità per la crescita dei figli minori di 2 anni.

Assegno di maternità per le madri non assicurate

Le gestanti con un reddito mensile medio per familiare inferiore o pari a una determinata soglia hanno diritto a un assegno una tantum durante il periodo di gravidanza qualora non abbiano diritto al congedo di gravidanza e parto previsto dal codice di previdenza sociale e risiedano permanentemente in Bulgaria. L'importo di tale assegno sarà stabilito annualmente dalla legge finanziaria della Repubblica di Bulgaria relativa all'anno in questione; in ogni caso non sarà mai inferiore rispetto a quello previsto per l'anno precedente.

Se una gestante ha sottoscritto un'assicurazione malattia e maternità ma non ha diritto alle prestazioni di gravidanza e parto per mancata maturazione del periodo assicurativo necessario previsto dal codice di previdenza sociale, l'importo dell'assegno una tantum deve essere proporzionale al numero di giorni trascorsi dall'inizio del congedo di maternità e parto e ai giorni mancanti per la maturazione del periodo assicurativo necessario previsto dal codice di previdenza sociale. In ogni caso il periodo considerato non può superare i 45 giorni.

L'assegno una tantum per gravidanza e parto viene corrisposto 45 giorni antecedenti la presunta data del parto.

Rischi coperti

L'importo della prestazione giornaliera in denaro corrisposta in caso di gravidanza e parto è fissato al 90% della retribuzione media lorda giornaliera o del reddito contributivo degli ultimi 24 mesi, durante i quali i contributi assicurativi sono stati o devono essere versati. L'importo della prestazione non può essere inferiore alla retribuzione minima obbligatoria né superiore alla retribuzione media netta.

L'importo della prestazione per la crescita di un figlio di età non superiore a 2 anni viene fissato dalla legge sui bilanci della previdenza sociale pubblica e ammonta a 240 BGN (123 EUR).

Se il figlio viene dato in adozione o affidato a una scuola materna con assegno di sussistenza statale ad aliquota piena, l'erogazione della prestazione viene interrotta a partire dal giorno successivo a tale cambiamento di condizione.

Come beneficiare delle prestazioni di maternità e di paternità

Per avere diritto a questa prestazione è necessario che il rilascio del congedo sia autorizzato. Le autorità sanitarie devono emettere un certificato di assenza per malattia. La presentazione del certificato di assenza per malattia comporta obbligatoriamente la concessione del congedo da parte del datore di lavoro.

Capitolo V: Prestazioni di invalidità

Requisiti per beneficiare delle prestazioni di invalidità

Pensione di invalidità

Gli assicurati hanno diritto a una pensione di invalidità in caso di perdita totale o parziale dell'abilità lavorativa per un lungo periodo o in via permanente.

Per avere diritto a una pensione di invalidità gli assicurati devono possedere i seguenti requisiti contributivi:

- fino a 20 anni: non è richiesto alcun periodo di iscrizione all'assicurazione;
- fino a 25 anni: occorre aver maturato un anno assicurativo;
- fino a 30 anni: è necessario aver maturato 3 anni assicurativi;
- per gli assicurati con oltre 30 anni di età: è necessario aver maturato 5 anni assicurativi;
- le persone disabili dalla nascita o divenute tali prima dell'inizio della propria attività lavorativa, acquisiranno il diritto alla pensione di invalidità dopo aver maturato un anno assicurativo.

La pensione di invalidità viene concessa a coloro che presentano una riduzione permanente dell'abilità lavorativa pari o superiore al 50%. Il diritto alla pensione viene acquisito a partire dalla data di comparsa dell'invalidità.

Le persone non vedenti dalla nascita o prima del proprio ingresso nel mercato del lavoro ricevono la pensione di invalidità a partire dalla data in cui detta pensione viene richiesta. La pensione viene erogata per tutta la durata dell'invalidità.

Assegno di invalidità

Gli assicurati che non hanno maturato un periodo assicurativo tale da garantire loro una pensione di invalidità hanno diritto a un assegno di invalidità per malattia.

Rischi coperti

Pensione di invalidità

L'importo della pensione di invalidità per malattia viene stabilito moltiplicando il reddito, in base al quale viene calcolata la pensione, per la somma totale dell'1,1% per ciascun anno del periodo assicurativo. Inoltre, il periodo di tempo calcolato come periodo assicurativo viene moltiplicato per un coefficiente che varia a seconda del grado di invalidità, così come indicato di seguito:

- grado di invalidità superiore al 90%: 0.9;
- grado di invalidità compreso fra il 71% e il 90%: 0.7;
- grado di invalidità compreso fra il 50% e il 70,99%: 0.5.

I pensionati con una riduzione dell'abilità lavorativa superiore al 90% e che necessitano costantemente di assistenza esterna ricevono un'integrazione della pensione pari al 75% della pensione sociale di vecchiaia. Tali integrazioni vengono sommate a tutte le pensioni, indipendentemente dal tipo di pensione percepita. Esse vengono corrisposte direttamente al pensionato, non alla persona che presta assistenza.

Pensione sociale di invalidità

Il diritto alla pensione sociale di invalidità viene concesso a coloro che hanno compiuto 16 anni di età e presentano una riduzione permanente dell'abilità lavorativa (oppure un tipo e un grado di invalidità superiore al 71%).

Le persone con una riduzione permanente dell'abilità lavorativa o un tipo e un grado di invalidità superiore al 90% percepiscono una pensione sociale di disabilità pari al 120%. Le persone con una riduzione permanente dell'abilità lavorativa compresa tra il 71% e il 90% ricevono una pensione sociale di vecchiaia del 110%.

Assegno di invalidità

Nel caso in cui l'assicurato non abbia maturato un periodo assicurativo tale da garantirgli una pensione di invalidità per malattia, l'importo dell'assegno di invalidità per malattia viene calcolato moltiplicando per 60 l'importo giornaliero dell'assegno di invalidità temporanea.

Analogamente a quanto previsto per la pensione di invalidità, in caso di mancato raggiungimento dell'età pensionabile nel corso dell'anno, l'interessato può ricevere un'integrazione per assistenza esterna per tutta la durata dell'invalidità. Tale integrazione viene stabilita dalla Commissione territoriale dei periti medici esperti (Territorial Expert Medical Board - TEMB) o dalla Commissione nazionale dei periti medici esperti (National Expert Medical Board - NEMB). Se l'interessato raggiunge l'età pensionabile nel periodo specificato dagli esperti, l'integrazione per l'assistenza esterna viene erogata a vita.

La corresponsione dell'integrazione di assistenza esterna termina nel momento in cui non esistono più i presupposti per averne diritto, ad esempio in caso di decesso del pensionato, cambio della categoria di invalidità di appartenenza, ecc.

Come beneficiare delle prestazioni di invalidità

Pensione di invalidità

Per beneficiare della pensione di invalidità è necessario presentare una richiesta al NSII. La domanda deve essere corredata di una decisione di esperti della TEMB (NEMB) attestante il grado di inabilità del richiedente.

Assegno di invalidità

In caso di mancata maturazione di periodi assicurativi sufficienti tali da garantirgli una pensione di invalidità per malattia, l'assicurato può ricevere un assegno di invalidità dopo aver presentato una richiesta alla sede locale dell'ente nazionale di previdenza sociale (NSII). La domanda deve essere corredata della seguente documentazione:

- documenti relativi al servizio contributivo (per l'impiego) fino alla data di comparsa dell'invalidità;
- documenti relativi alla retribuzione lorda o al reddito lordo che ha determinato il versamento dei contributi assicurativi;
- una decisione della Commissione territoriale dei periti medici esperti (Territorial Expert Medical Board - TEMB) o della Commissione nazionale dei periti medici esperti (National Expert Medical Board - NEMB).

Capitolo VI: Prestazioni e pensioni di vecchiaia

Requisiti per beneficiare delle prestazioni di vecchiaia

La pensione di vecchiaia può essere richiesta da coloro che hanno raggiunto l'età pensionabile stabilita per legge e che hanno maturato un determinato numero di anni contributivi:

- gli uomini hanno diritto alla pensione di vecchiaia a 63 anni e 4 mesi e dopo aver maturato 37 anni e 4 mesi di contributi;
- le donne hanno diritto alla pensione di vecchiaia a 60 anni e 4 mesi, con un periodo contributivo di 34 anni e 4 mesi;
- coloro che non hanno maturato i periodi contributivi previsti hanno diritto alla pensione all'età di 65 anni e 4 mesi, purché abbiano completato almeno 15 anni di contributi.

Dal 31 dicembre 2011 il periodo assicurativo aumenterà di 4 mesi per ciascun anno di calendario, fino a raggiungere i 40 anni per gli uomini e i 37 per le donne. Dal 31 dicembre 2011 l'età pensionabile sarà aumentata di 4 mesi per ciascun anno di calendario, fino a raggiungere i 63 anni per le donne e i 65 anni per gli uomini. Sempre a partire dal 31 dicembre 2011, l'età pensionabile per le persone che non hanno maturato i periodi contributivi previsti sarà aumentata di 4 mesi per ciascun anno di calendario, fino al raggiungimento dei 67 anni di età.

Il periodo assicurativo dei lavoratori, subordinati e non, è costituito dal periodo di tempo durante il quale hanno svolto la propria attività lavorativa a tempo pieno nel rispetto delle ore lavorative stabilite per legge, qualora abbiano versato o siano tenuti a versare i contributi relativi alla retribuzione percepita, che non può essere inferiore al reddito contributivo minimo. Il periodo assicurativo viene calcolato sulla base di ore, giorni, mesi e anni. Per i lavoratori a tempo parziale, il periodo assicurativo viene calcolato dividendo il numero di ore di lavoro effettivamente totalizzate per il numero di ore lavorative stabilito per legge.

La normativa in materia di assicurazione prevede la possibilità di considerare come periodi contributivi anche quelli in cui non sono stati versati contributi. Tali periodi assicurativi comprendono il congedo, retribuito e non retribuito, per la crescita di un figlio piccolo, per inabilità temporanea al lavoro e per gravidanza e parto, nonché i congedi non retribuiti per un periodo massimo di 30 giorni nel corso dell'anno e per i periodi durante i quali l'interessato ha percepito un'indennità di disoccupazione.

In alcuni casi specifici, la normativa in materia di assicurazione prevede la possibilità di liquidare i periodi assicurativi.

Pensione sociale di vecchiaia

La pensione sociale di vecchiaia può essere concessa al raggiungimento dei 70 anni di età a coloro che, per ciascun familiare, dispongono di un reddito annuale inferiore al reddito minimo garantito (65 BGN, pari a 33 EUR). La pensione sociale di vecchiaia rappresenta un tipo speciale di pensione indipendente dall'attività lavorativa. Hanno diritto a questo tipo di pensione coloro che non hanno maturato un periodo assicurativo tale da consentire di beneficiare di una pensione di vecchiaia. L'erogazione di questa pensione non è a carico delle casse assicurative, bensì del

bilancio dello Stato. La pensione sociale di vecchiaia costituisce un tipo di assistenza sociale ed è considerata pensione in virtù della sua regolarità (mensile) e della sua gestione da parte dell'amministrazione dell'Agenzia di assistenza Sociale.

Rischi coperti

La base di calcolo per l'importo della pensione di vecchiaia stabilita per legge viene determinata moltiplicando il reddito contributivo mensile medio nazionale (nell'arco dei 12 mesi di calendario precedenti alla concessione della pensione) per il coefficiente individuale dell'assicurato. Il coefficiente individuale viene stabilito sulla base del reddito contributivo mensile medio dell'assicurato.

La base di calcolo viene poi moltiplicata per una percentuale dell'1,1% relativa a ciascun anno di assicurazione e per un importo proporzionale per ogni altro mese di assicurazione. La base di calcolo viene inoltre moltiplicata per una percentuale del 4% relativa a ciascun anno di assicurazione per coloro che hanno maturato un periodo di assicurazione di 37 anni e 4 mesi in caso di uomini e di 34 anni e 4 mesi in caso di donne, ma che continuano a lavorare nonostante abbiano già raggiunto l'età pensionabile e non ricevono ancora la pensione di vecchiaia.

L'importo della pensione di vecchiaia non può essere inferiore a un importo fisso né può superare un tetto massimo stabilito. L'importo minimo per la pensione di vecchiaia, che ammonta a 145 BGN (74 EUR), viene stabilito dalla legge sui bilanci della previdenza sociale pubblica. L'importo massimo della pensione (per tutte le pensioni) equivale al 35% del reddito contributivo massimo relativo all'anno precedente. Nel 2011 il reddito contributivo massimo era di 2 000 BGN (1 023 EUR); nel 2012 l'importo massimo della pensione corrisponde a 700 BGN (358 EUR).

Tutte le pensioni assegnate entro il 31 dicembre dell'anno precedente, dovranno essere aggiornate su base annua a partire dal 1° luglio per decisione della Commissione di supervisione dell'Istituto nazionale di previdenza sociale attraverso adeguamenti tramite una percentuale pari all'indice dei prezzi al consumo per l'anno di calendario dell'anno precedente. A causa delle restrizioni di bilancio, l'adeguamento delle pensioni non viene eseguito dal 1° luglio 2009.

Il regime pensionistico integrativo si basa sull'importo che ciascun assicurato ha risparmiato sul proprio conto personale.

Come beneficiare delle prestazioni di vecchiaia

Per poter beneficiare della pensione l'assicurato deve presentare una domanda alla sede regionale dell'ente nazionale di previdenza sociale (NSII). La domanda deve essere corredata dei seguenti documenti:

- libretto di lavoro e/o un documento attestante la carriera assicurativa e/o un certificato dell'anzianità di servizio; oppure
- certificato relativo alla retribuzione lorda o al reddito lordo in base a cui sono stati versati contributi per un periodo di tre anni consecutivi a partire dagli ultimi 15 anni assicurativi a decorrere dal 1° gennaio 1997, come scelto dall'interessato, o un certificato del reddito in base al quale sono stati versati i contributi relativi al periodo successivo a tale data fino al momento del pensionamento dell'assicurato.

Se la domanda al NSII è stata presentata entro un periodo massimo di 6 mesi prima della data del termine della copertura assicurativa, le pensioni saranno concesse a

partire da tale data. Se la domanda è stata presentata sei mesi dopo la data del termine della copertura assicurativa, le pensioni saranno erogate a partire dalla data di presentazione della domanda.

In seguito alla presentazione della domanda, nell'arco di un mese viene concessa una pensione minima; l'effettivo importo della pensione viene calcolato e versato in una fase successiva.

Pensione sociale di vecchiaia

Documenti da presentare per ottenere una pensione sociale di vecchiaia:

- richiesta di pensione sociale di vecchiaia, sulla base di un modulo approvato dal NSII;
- dichiarazione dello stato di famiglia e dello stato patrimoniale;
- dichiarazione del reddito annuale dei componenti del nucleo familiare relativo ai 12 mesi precedenti la presentazione della domanda.

Il reddito annuale dei membri familiari è determinato da marito, moglie, figli minori fino a 18 anni di età non coniugati, nonché figli maggiori di 18 anni affetti da disabilità, se non percepiscono alcun reddito e non sono coniugati.

La pensione sociale di vecchiaia viene corrisposta a vita. Il diritto a questa prestazione termina solo con il decesso del beneficiario.

Capitolo VII: Prestazioni ai superstiti

Requisiti per beneficiare delle prestazioni ai superstiti

Il diritto alla pensione di reversibilità viene concesso ai figli, al coniuge superstite e ai genitori dell'assicurato deceduto.

I figli hanno diritto alla pensione di reversibilità fino al compimento del 18° anno di età. Dopo i 18 anni, i figli dell'assicurato deceduto che frequentano un corso di studi hanno diritto alla pensione di reversibilità fino al compimento del 26° anno di età, in modo da poter terminare i propri studi. Anche i figli superstiti divenuti disabili prima del compimento dei 18 anni hanno diritto alla pensione di reversibilità fino ai 26 anni di età.

Il coniuge superstite avrà diritto a una pensione per i superstiti 5 anni prima dell'età per avere diritto a una pensione di vecchiaia (63 anni e 4 mesi per gli uomini e 60 anni e 4 mesi per le donne) oppure prima tale età, se ha perso la propria abilità al lavoro.

I genitori avranno diritto alla pensione per i superstiti alla morte dei propri figli se hanno raggiunto l'età per il diritto alla pensione di vecchiaia.

Pensione di reversibilità in base alla pensione di vecchiaia e invalidità

Dopo il decesso dell'assicurato, gli eredi hanno diritto a una pensione equivalente al tipo di pensione personale (vale a dire la pensione erogata in caso di malattia, infortunio sul lavoro o malattia professionale) che il deceduto avrebbe ricevuto in qualità di disabile con una riduzione della capacità lavorativa superiore al 90%.

Se il deceduto aveva acquisito il diritto a una pensione in virtù dei periodi assicurativi maturati e dell'età raggiunta, gli eredi riceveranno una pensione di reversibilità calcolata sulla base della pensione che sarebbe spettata all'assicurato, qualora questo risulti più vantaggioso per loro.

Se il deceduto era beneficiario di una pensione di invalidità dovuta a malattia o di una pensione personale calcolata sulla base dei periodi assicurativi maturati e dell'età raggiunta, la pensione di reversibilità sarà erogata in base a una percentuale indicata di seguito, a seconda del tipo di pensione percepita.

Prestazione di superstita

I pensionati il cui coniuge è deceduto hanno diritto a ricevere un'integrazione alla pensione, nota come prestazione di superstita. Le prestazioni di superstita vengono corrisposte unicamente come supplemento a un'altra pensione: le persone che, in virtù di altri requisiti, non beneficiano ancora di una pensione, non hanno diritto a questa integrazione.

Pertanto, è necessario che il superstita soddisfi vari requisiti per poter ricevere l'integrazione della pensione, ad esempio:

- essere titolare di una pensione personale o di reversibilità, indipendentemente dal tipo di prestazione percepita;
- non aver contratto nuovo matrimonio dopo la morte del coniuge; in caso contrario, l'erogazione dell'integrazione sarà interrotta a partire dalla data del nuovo matrimonio;
- non essere titolare della pensione di reversibilità per il decesso dell'assicurato.

Questa prestazione equivale a una percentuale della pensione del coniuge defunto e viene concessa con l'intento di assistere il coniuge superstite. Il pensionato ha diritto a un'integrazione del 20% della pensione o delle pensioni percepita/e dal coniuge defunto (fino al raggiungimento del 40% entro il 2015). Il calcolo di questa integrazione non tiene conto di altre integrazioni eventualmente previste per la pensione della persona deceduta. Se il coniuge deceduto non ha mai percepito una pensione, l'importo dell'integrazione viene calcolato sulla base della pensione, o della somma delle pensioni, a cui il deceduto avrebbe avuto diritto.

Rischi coperti

La pensione di reversibilità deve essere calcolata come percentuale della pensione personale del deceduto, secondo i seguenti criteri:

1. un erede - 50%;
2. due eredi - 75%;
3. tre o più eredi - 100%.

Alla morte di entrambi i genitori (naturali o adottivi), i figli hanno diritto a una pensione di reversibilità data dalla somma delle pensioni dei genitori deceduti.

Come beneficiare delle prestazioni ai superstiti

Per poter beneficiare della pensione di reversibilità è necessario presentare una domanda alla sede regionale di competenza dell'ente di previdenza sociale (NSII). La domanda deve essere corredata dei seguenti documenti:

- certificato di successione;
- dichiarazione emessa dalla scuola comprovante che i figli continuano l'istruzione
- decisione da parte di esperti per i figli che sono diventati disabili prima dell'età di 18 anni o prima dei 26 anni se l'evento si è verificato durante la formazione o il servizio militare;
- decisione da parte di esperti per coniugi che non hanno raggiunto l'età contributiva e sono inabili al lavoro;
- dichiarazione comprovante che i figli non sono stati adottati e certificato comprovante che il coniuge superstite non abbia contratto nuovo matrimonio;
- dichiarazione per i genitori, in cui si certifica che non ricevono una pensione personale e che non sono stati privati dei diritti parentali e un documento certificante tale parentela;
- un documento emesso o certificato dal ministero della difesa comprovante che il decesso si è verificato durante l'espletamento del servizio militare: per i parenti della persona che è deceduta durante il servizio militare; documenti comprovanti i periodi assicurativi del deceduto, ossia: libretto di lavoro, certificato della carriera assicurativa e certificato dei periodi assicurativi maturati dal deceduto, qualora questo fosse privo di una pensione.

Capitolo VIII: Prestazioni in caso di infortuni sul lavoro e malattie professionali

Requisiti per beneficiare delle prestazioni in caso di infortuni sul lavoro e malattie professionali

Tutti coloro che lavorano sulla base di un contratto, contratti di prestazione di servizio, rivestono cariche elettive o svolgono la propria attività conformemente a un contratto gestionale o cooperativo, sono obbligatoriamente assicurati alla Cassa contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali. Questa Cassa copre i rischi di invalidità, morte, inabilità temporanea al lavoro e inabilità temporanea causata da infortuni sul lavoro e malattie professionali.

L'importo dei contributi previdenziali versati dagli assicuratori viene calcolato come percentuale del reddito contributivo mensile dell'assicurato.

Rischi coperti

A prescindere dalla durata del loro periodo assicurativo, gli assicurati hanno diritto a:

- prestazioni in denaro in caso di cure, esami e accertamenti medici urgenti;
- soggiorni climatici-sanatoriali;
- prestazioni in denaro in caso di invalidità temporanea causata da infortunio sul lavoro o malattia professionale;
- prestazioni in denaro per la prevenzione e la riabilitazione;
- pensioni di invalidità erogate in seguito a infortuni sul lavoro o malattie professionali;
- prestazioni in denaro per ausili tecnici legati all'invalidità.

L'importo della prestazione giornaliera in denaro per invalidità temporanea corrisposta a seguito di un infortunio sul lavoro o di una malattia professionale equivale al 90% della retribuzione media giornaliera lorda o del reddito contributivo medio giornaliero degli ultimi 18 mesi, in base a cui l'assicurato ha versato o è tenuto a versare i contributi. La prestazione viene erogata a partire dal giorno di comparsa dell'invalidità fino alla guarigione dell'assicurato o alla concessione di una pensione di invalidità. Se l'invalidità temporanea è comparsa nell'arco dei 30 giorni di calendario precedenti al termine del contratto di lavoro o della copertura assicurativa, la prestazione in denaro viene corrisposta per tutto il periodo di inabilità al lavoro, ma per un massimo di 30 giorni.

Come beneficiare delle prestazioni in caso di infortuni sul lavoro e malattie professionali

Per avere diritto alle prestazioni, è necessario che i congedi di invalidità temporanea siano autorizzati mediante un certificato di assenza per malattia. Il certificato di assenza per malattia viene rilasciato nel giorno in cui viene accertata l'invalidità; tuttavia il congedo può avere inizio dal giorno stesso in cui viene effettuata la visita medica, da quello precedente o da quello successivo. Il certificato di assenza per

malattia deve indicare il tipo di inabilità, il grado di necessità, la tipologia di cure richieste e la durata del congedo.

Il certificato di assenza per malattia deve essere inviato al datore di lavoro che, in alternativa, deve essere informato dell'assenza per malattia subito dopo il rilascio di questo certificato, non oltre due giorni lavorativi. La concessione del congedo di malattia non è a discrezione del datore di lavoro, che è invece tenuto a versare all'assicurato un importo pari alla retribuzione giornaliera media lorda per il primo giorno di inabilità temporanea.

Le prestazioni in denaro per i successivi giorni di invalidità temporanea vengono calcolate dall'ente nazionale di previdenza sociale, che le versa sul conto bancario dell'assicurato.

Fino alla fine del 2012, il primo, il secondo e il terzo giorno di inabilità temporanea al lavoro saranno pagati dal datore di lavoro secondo un importo pari al 70% della retribuzione media lorda. A partire dal quarto giorno le prestazioni in denaro pari al 90% della retribuzione media lorda saranno a carico dell'ente nazionale di previdenza sociale (NSII).

Capitolo IX: Prestazioni familiari

Requisiti per beneficiare delle prestazioni familiari

Secondo i regolamenti di coordinamento dell'UE gli assegni familiari e alcune prestazioni di maternità rientrano nelle prestazioni familiari.

Per assegni familiari si intendono prestazioni in denaro o in natura volte a offrire sostegno in caso di gravidanza, parto e crescita dei figli. Tali prestazioni sono erogate sotto forma di pagamenti mensili o una tantum.

Hanno diritto agli assegni familiari le seguenti categorie di persone:

- donne in gravidanza - cittadine bulgare;
- famiglie di cittadini bulgari – per i figli cresciuti nel paese;
- nuclei familiari in cui un genitore è un cittadino bulgaro – per i figli con cittadinanza bulgara, cresciuti nel paese;
- famiglie di parenti o famiglie affidatarie – per i bambini affidati a queste famiglie ai sensi della legge sulla protezione dell'infanzia;
- gestanti – stranieri e nuclei familiari di cittadini stranieri che risiedono permanentemente e crescono i propri figli nel paese, se la titolarità a tali prestazioni è sancita in un'altra legge o in un trattato internazionale sottoscritto dalla Bulgaria.

Per avere diritto agli assegni familiari è necessario che il reddito mensile medio per familiare relativo ai precedenti 12 mesi sia inferiore o pari al reddito stabilito a tal fine dalla legge finanziaria della Repubblica di Bulgaria relativa all'anno di riferimento (350 BGN (179 EUR)). La valutazione dei requisiti di reddito viene applicata solo all'assegno mensile per i figli, fino al completamento degli studi superiori, ma non dopo il compimento del 20° anno di età, all'assegno destinato all'educazione dei figli con meno di un anno di età e all'assegno per i figli che frequentano la scuola secondaria di primo grado.

Rischi coperti

Le prestazioni familiari comprendono:

- assegni di gravidanza una tantum;
- indennità di nascita una tantum;
- assegni una tantum per genitori con figli gemelli aventi meno di un anno di età;
- assegni una tantum per madri che frequentano corsi universitari a tempo pieno e hanno figli con meno di un anno di età;
- assegni mensili per i figli, fino al completamento degli studi superiori, ma non dopo il compimento del 20° anno di età;
- assegni mensili per l'educazione di un figlio con meno di un anno;
- assegni per figli che frequentano la scuola secondaria di primo grado;
- assistenza mirata per trasporti urbani in treno e autobus per madri con molti figli;

- assegni mensili per figli minori di 18 anni affetti da un'invalidità permanente fino al completamento degli studi superiori, ma non dopo il compimento del 20° anno di età.

Come beneficiare delle prestazioni familiari

Gli assegni familiari per i figli sono versati dalle Direzioni dell'assistenza sociale (Social Assistance Directorates – SAD) previa presentazione di una domanda compilata su un apposito modulo approvato dal ministro del Lavoro e delle politiche sociali. La domanda deve essere presentata dalla madre o da un altro rappresentante legale del bambino.

Le richieste per l'indennità di nascita una tantum devono essere corredate dei seguenti documenti:

- copia originale del certificato di nascita del bambino per il quale viene richiesta assistenza;
- copie dei certificati di nascita di tutti gli altri figli naturali della madre richiedente.

Il richiedente ha diritto alla prestazione a decorrere dalla data di nascita del bambino, a meno che il figlio non sia affidato a un istituto specializzato per l'infanzia. La prestazione può essere richiesta entro tre anni dalla fine del mese in cui è nato il figlio.

Le domande relative agli assegni mensili per i figli con meno di 18 anni di età devono essere corredate di:

- un certificato del reddito mensile lordo del nucleo familiare relativo ai sei mesi di calendario precedenti il mese in cui è stata presentata la richiesta (per i lavoratori che svolgono un'attività lavorativa subordinata o di pubblico impiego). Nel certificato deve essere specificato il reddito derivante da pensioni, prestazioni e borse di studio;
- un certificato ufficiale della scuola frequentata dal figlio in cui si dichiara che il bambino è effettivamente iscritto in una scuola e frequenta regolarmente le lezioni.

Le domande relative agli assegni mensili per i figli con meno di un anno di età devono essere corredate di:

- un certificato del reddito mensile lordo del nucleo familiare relativo ai sei mesi di calendario precedenti il mese in cui è stata presentata la richiesta;
- una copia del certificato di nascita del figlio.

Capitolo X: Disoccupazione

Requisiti per il diritto alle prestazioni di disoccupazione

Le persone per le quali il datore di lavoro versa i contributi per la disoccupazione sono assicurate contro questo rischio. I datori di lavoro sono tenuti al versamento dei contributi a partire dalla data di stipula del contratto di lavoro, gestionale o di controllo.

Coloro che hanno versato i contributi alla cassa di assicurazione contro la disoccupazione per almeno 9 mesi nell'arco dei 15 mesi precedenti il termine della copertura assicurativa hanno diritto alle prestazioni di disoccupazione, a condizione che:

- risultino iscritti come disoccupati presso l'agenzia per l'impiego;
- non abbiano ottenuto un periodo assicurativo e una pensione di vecchiaia o professionale per prepensionamento;
- risultino disoccupati.

Rischi coperti

Gli assicurati hanno diritto a:

- informazioni sulle opportunità di lavoro;
- assistenza nella ricerca di un lavoro adeguato;
- prestazioni e assegni di disoccupazione.

Le prestazioni di disoccupazione sono corrisposte per un periodo che va dai 4 ai 12 mesi, a seconda della durata totale del periodo assicurativo del beneficiario, in base a quanto riportato di seguito:

- per un reddito contributivo fino a 3 anni, le prestazioni vengono corrisposte per 4 mesi;
- da 3 a 5 anni, le prestazioni vengono concesse per 6 mesi;
- da 5 a 10 anni, le prestazioni sono erogate per 8 mesi;
- da 10 a 15 anni, le prestazioni sono corrisposte per 9 mesi;
- da 15 a 20 anni, le prestazioni vengono corrisposte per 11 mesi;
- oltre 25 anni, le prestazioni sono versate per 12 mesi.

L'importo dell'indennità giornaliera di disoccupazione è pari al 60% della retribuzione media o del reddito contributivo medio in base al quale i contributi contro la disoccupazione vengono versati o devono essere versati nel corso dei 24 mesi precedenti al mese in cui termina la copertura assicurativa. Tale importo non deve essere inferiore a un importo minimo fissato. L'importo minimo per l'indennità di disoccupazione viene stabilito dalla legge sui bilanci della previdenza sociale pubblica (7,20 BGN, pari a 3,68 EUR).

I disoccupati che hanno abbandonato l'attività lavorativa volontariamente o hanno perso il lavoro a seguito del proprio comportamento inappropriato, ricevono l'indennità solo per 4 mesi e secondo un importo minimo.

Come beneficiare delle prestazioni di disoccupazione

Per poter beneficiare dell'indennità di disoccupazione occorre presentare una domanda presso la sede regionale dell'ente nazionale di previdenza sociale (NSII). La domanda deve essere presentata personalmente dall'interessato e deve contenere il suo indirizzo attuale o permanente. L'indennità di disoccupazione viene erogata a partire dalla data in cui termina la copertura assicurativa, purché la domanda sia presentata entro 3 mesi da tale data. Se la domanda viene presentata dopo questo termine per ragioni ritenute non ammissibili, la prestazione in denaro viene erogata per il periodo specificato, a cui viene sottratto il periodo di ritardo.

Le indennità di disoccupazione sono a carico dell'ente nazionale di previdenza sociale e vengono accreditate direttamente sul conto corrente bancario del beneficiario.

Capitolo XI: Risorse minime

Requisiti per beneficiare delle prestazioni relative alle risorse minime

Le prestazioni sociali in denaro o in natura integrano o sostituiscono un reddito allo scopo di garantire il minimo necessario per il soddisfacimento delle esigenze di base o a soddisfare le esigenze secondarie dei singoli soggetti beneficiari e delle famiglie. Tali prestazioni sono concesse alle persone che non dispongono di nessun'altra possibilità che possa garantire la loro sussistenza e quella dei loro familiari.

Le persone o i nuclei familiari il cui reddito relativo al mese precedente alla richiesta è inferiore a un reddito minimo differenziato prestabilito hanno diritto a una prestazione mensile.

Rischi coperti

Il Consiglio dei ministri definisce l'importo mensile del reddito minimo garantito (Guaranteed minimum income – GMI) che funge da base di calcolo per gli importi delle prestazioni di assistenza sociale. L'importo del GMI è di 65 BGN (33 EUR).

Le persone e i nuclei familiari che dispongono di un reddito basso hanno diritto all'assistenza sociale mensile, a prestazioni di assistenza sociale mirate alla copertura di specifiche esigenze legate a trasporti, cure sanitarie, cure mediche all'estero, alloggio, ecc., oppure a prestazioni di assistenza sociale forfettarie destinate a sopperire necessità eccezionali.

Inoltre, le persone e i nuclei familiari il cui reddito è inferiore a una determinata soglia, possono ricevere un'indennità di riscaldamento per un periodo di cinque mesi consecutivi (novembre – marzo). Detto importo viene stabilito dal ministro del lavoro e delle politiche sociali.

Come beneficiare delle prestazioni relative alle risorse minime

La domanda per le prestazioni sociali deve essere presentata dall'interessato o dai suoi rappresentanti autorizzati. Perché il supporto possa essere concesso devono essere presi in considerazione i seguenti aspetti:

- reddito del richiedente o del nucleo familiare;
- stato patrimoniale del richiedente;
- stato patrimoniale del nucleo familiare del richiedente;
- stato di salute del richiedente;
- eventuali obblighi lavorativi e/o formativi;
- età;
- altre circostanze.

Le prestazioni sociali sono esenti da imposte e oneri.

I disoccupati in età lavorativa che ricevono un'indennità mensile e che non aderiscono a programmi di occupazione devono offrire prestazioni di lavoro in comunità 4 ore al

giorno per un periodo di 14 giorni, in base a programmi organizzati dall'amministrazione comunale per la fornitura di servizi sociali, programmi ambientali, sviluppo e sanificazione ambientale nonché altri programmi per le attività comunitarie.

Capitolo XII: Assistenza di lunga durata

Requisiti per beneficiare dell'assistenza a lungo termine

L'assistenza a lungo termine è prevista in caso di persone affette da malattia o disabilità a lungo termine impossibilitate a svolgere le normali attività della vita quotidiana. Nel caso delle persone anziane la mancanza di autonomia dipende da una maggiore fragilità dovuta all'età, a complicazioni croniche causate da gravi eventi, quali una caduta o un colpo, o ad artriti acute. Anche le persone con problemi mentali possono richiedere l'assistenza a lungo termine. La forma di disabilità più comune fra gli anziani è costituita dal morbo di Alzheimer.

In Bulgaria l'assistenza a lungo termine rientra nel settore dell'assistenza sociale. Attualmente la previdenza sociale, basata sul principio del versamento dei contributi per la copertura di una serie di rischi sociali, non prevede forme di protezione sociale in merito all'assistenza a lungo termine.

Rischi coperti

L'assistenza a lungo termine viene offerta in conformità di uno dei seguenti programmi di Stato:

- i pensionati con una riduzione dell'abilità lavorativa superiore al 90% e che necessitano costantemente di assistenza esterna, ricevono un'integrazione pari al 75% della pensione sociale di vecchiaia;
- il programma nazionale "Assistenza ai disabili" fornisce assistenza ai disabili o alle persone gravemente ammalate all'interno dell'ambiente familiare. Nell'ambito di questo programma le persone disoccupate possono svolgere un'attività lavorativa in qualità di assistenti personali o sociali. Gli assistenti personali offrono aiuto ai nuclei familiari all'interno dei quali è presente una persona disabile bisognosa di cure continuative. Gli assistenti sociali forniscono aiuto ai disabili, alle persone affette da malattie, più o meno gravi, o alle persone sole nello svolgimento delle attività quotidiane e nell'organizzazione delle attività di svago, al fine di garantire loro una maggiore integrazione sociale. Il programma è finanziato dal bilancio dello Stato;
- il programma di assistenza personale attuato dall'Agenzia per l'assistenza sociale e dai comuni, promuove l'inclusione sociale dei bambini disabili e delle persone affette da gravi malattie fornendo assistenza permanente al fine di garantire loro di svolgere le attività quotidiane. Il programma è finanziato dal Fondo sociale europeo;
- il programma per le attività di "assistente sociale" e "assistente a domicilio" finanzia i progetti dei comuni e delle ONG che hanno presentato domanda per la realizzazione di tali attività. Il programma è finanziato dal Fondo sociale europeo;
- enti specifici per la fornitura di servizi sociali, facenti capo all'Agenzia di Assistenza Sociale, prestano tali servizi all'interno di strutture simili a pensionati in cui i residenti vengono allontanati dal proprio ambiente domestico. Alcuni esempi di questo tipo di strutture sono gli istituti per l'infanzia, i centri di assistenza per adulti disabili, le strutture professionali socio-educative, le case di riposo e gli istituti di alloggio provvisorio.

Un assistente personale presta i propri servizi alle persone anziane e ai bambini affetti da gravi disabilità e bisognosi di cure quotidiane continuative. I possibili beneficiari di tali servizi sono:

- le persone che necessitano di cure costanti, con una disabilità pari o superiore al 90%, che hanno diritto all'assistenza esterna;
- i bambini con una capacità di adattamento sociale ridotta almeno del 50%, che hanno diritto all'assistenza esterna;
- le persone o i bambini esclusi dagli istituti specializzati per disabili.

Un assistente sociale può svolgere la propria attività lavorativa a tempo parziale e può prestare i propri servizi solo a persone affette da disabilità di media entità, vale a dire nei casi in cui la persona assistita ha la possibilità di essere accompagnata in attività di socializzazione, nei centri di riabilitazione o sul posto di lavoro, qualora svolga attività professionali. I possibili beneficiari di tali servizi sono:

- le persone affette da un'invalidità pari almeno al 90%, alle quali è stata prescritta l'assistenza esterna;
- i bambini con una capacità di adattamento sociale ridotta almeno del 50%, che hanno diritto all'assistenza esterna;
- le persone gravemente malate e sole non autosufficienti;
- le persone o i bambini esclusi dagli istituti specializzati per disabili.

Qualora il richiedente possieda i requisiti di ammissibilità per entrambe le forme di assistenza, personale e sociale, questi è tenuto a indicare la propria preferenza per una sola delle due.

L'assistente a domicilio non possiede alcuna qualifica specifica e svolge funzioni assistenziali ordinarie.

Come beneficiare dell'assistenza a lungo termine

Integrazione per l'assistenza esterna

Il diritto a un'integrazione per l'assistenza esterna viene valutato dalla Commissione territoriale dei periti medici esperti (TEMB) o dalla Commissione nazionale dei periti medici esperti (NEMB). Essi emettono una decisione in cui viene specificato che la persona sottoposta ad esame non è autosufficiente e necessita dell'assistenza di un'altra persona. La richiesta dell'integrazione per l'assistenza esterna deve essere corredata dei seguenti documenti:

- modulo di domanda;
- decisione del TEMB in cui siano contenute tutte le necessarie informazioni relative alle condizioni mediche del pensionato, il grado della perdita della capacità lavorativa e i dati relativi al periodo di titolarità all'integrazione;
- la decisione della commissione medica della sede regionale dell'ente nazionale di previdenza sociale (NSII).

Servizi sociali forniti nella comunità

Le persone che intendono usufruire dei servizi sociali devono presentare una richiesta scritta rispettivamente:

- al Direttore della Direzione dell'assistenza sociale, per i servizi sociali delegati dallo Stato;

- al sindaco del comune di appartenenza, per i servizi sociali concessi dal comune;
- all'organo di amministrazione, nel caso in cui il fornitore del servizio sia un singolo registrato a norma del diritto societario o un soggetto giuridico.

Allegato : Recapiti delle istituzioni e degli enti e siti Internet utili

Una tabella dettagliata sui regimi previdenziali in Bulgaria e negli altri Stati membri è disponibile sul sito Internet del MISSOC:

Per le questioni previdenziali che coinvolgono più di uno Stato membro dell'Unione europea, si può fare riferimento a uno degli enti europei indicati nell'elenco gestito dalla Commissione europea e disponibile all'indirizzo:
http://ec.europa.eu/employment_social/social-security-directory/welcome.seam?langId=it

AGENZIA NAZIONALE DELLE ENTRATE

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

ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA SOCIALE

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

FONDO NAZIONALE DI ASSICURAZIONE MALATTIA

1407 Sofia
1 Krichim Street
Informazioni al cittadino: Tel. (+359) (0) 800 14 800 - linea telefonica nazionale
<http://www.nhif.bg>

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

Sofia 1051
2 Triaditsa Street
Tel. +359 (2) 8119 443, Fax: (+359 2) 988 44 05; 986 13 18
e-mail: mlsp@mlsp.government.bg
<http://www.mlsp.government.bg>

COMMISSIONE DI SUPERVISIONE FINANZIARIA

1303 Sofia
33 Shar Planina Street
operatore: (+359 2) 94 04 999
ufficio stampa: (+359 2) 94 04 582; fax: (+359 2) 829 43 24
e-mail: bg_fsc@fsc.bg
<http://www.fsc.bg>