ДО

КМЕТА

НА ОБЩИНА ДУЛОВО

**З А Я В Л Е Н И Е**

**за ползване на почасови мобилни интегрирани здравно-социални услуги по Проект BG05M90P001-6.002-0169 „Патронажна грижа + ”**

от ........................................................................................................................................................

(трите имена на лицето, кандидатстващо за потребител на услугата),

ЕГН ..................................; Пол Ж / М , лична карта No ........................................, издадена на

................................... от МВР гр. .......................................;

Настоящ адрес: гр.(с).................................................., ул...............................................................

No .........., бл. ..........., вх. ........, ет. ........., ап..........., телефон: ....................................................

самотно живеещ **ДА / НЕ**

Притежавам/не притежавам Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК No ....................../дата

........................., със срок до .................................; трайно намалена работоспособност/вид и

степен увреждане ..........................

Данни на законния представител/упълномощено лице на кандидат-потребителя:

.........................................................................................................................................................

(трите имена на законния представител/упълномощеното лице)

ЕГН ............................ лична карта No ......................................, издадена на ............................ от МВР - гр. ..................................; настоящ адрес гр.(с)...............................................,

ул. ............................................................. No ........., бл. ......, вх. ....., ет. ......, ап........,

телефон:....................................

**1. Заявявам, че попадам в целевата група на проекта, като:**

 Хора с увреждания

 Възрастни хора в невъзможност от самообслужване, лица над 54 г.

 Други уязвими групи, вкл. лица, поставени под карантина във връзка с COVID-19

 Лица от рисковите групи за заразяване с COVID-19

**Заявявам потребност от оказване на помощ и подкрепа за:**

**(моля, оградете желаната услуга):**

 Здравни грижи (от медицинска сестра,);

 Социален асистент;

 Психологическа подкрепа и консултиране.

**2. Информиран съм, че услугата „Патронажна грижа“:**

 Включва здравна, социална и психологическа подкрепа в рамките на до 2 (два) часа

дневно, по предварително изготвен и съгласуван с мен /законен представител/ упълномощено лице план-график;

 Е безплатна за срока на ползването и́ , но не по-късно от 31.07.2022 г.;

**3. Декларирам, че:**

 Посочените в заявлението обстоятелства отговарят на фактическата обстановка.

 Съгласен/на съм да допусна в дома си хора, с които не съм в родствени отношения, за да

ми оказват подкрепа в извършването на определени ежедневни дейности по начин, който

предварително сме уговорили.

Към момента на кандидатстването:

 ползвам /не ползвам от посочените по-горе услуги, финансирани от други национални,

оперативни или други източници.

............................................................................................................................................................

(в случай че лицето ползва социалната услуга към момента на подаването се вписват данни за вида и срока на услугата, на която е потребител)

 няма да получавам друга подкрепа за задоволяване на същите потребности за периода, за който кандидатствам.

**4. Прилагам следните документи:**

 Документ за самоличност (за справка);

 Документ за самоличност на законния представител/упълномощено лице (за справка);

 Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК (копие);

 Медицински протокол на ЛКК (копие);

 Друга медицинска документация (копие);

 Пълномощно в свободен текст (ако е приложимо);

 Други документи: ....................................................................................

(посочете какви)

Известно ми е, че за неверни данни, посочени в настоящото заявление, нося наказателна

отговорност по чл. 313 от Наказателния кодекс.

Декларатор: .................................. Законен представител: .............................

(подпис) (подпис)

Специалист, приел заявлението: .............................................................................

(трите имена и подпис на лицето)

Дата: ................................