**Д Е К Л А Р А Ц И Я**

 Долуподписаният/та ……………………………………………………………………………...

ЕГН:……………………л.к.№…………….…….изд. от……………….…………на.….……….

Декларирам, че към момента на кандидатстването за получаване на здравно – социални услуги по проект BG05M9OP001-6.002-0114, **„Патронажна грижа + в Община Нови пазар”,** по процедура чрез директно предоставяне на безвъзмездна финансова помощ № BG05M9OP001-6.002 “Патронажна грижа за възрастни хора и лица с увреждания“ на ОП „Развитие на човешките ресурси“ 2014-2020

* не ползвам услугата патронажна грижа по други национални програми и проекти, финансирани от ЕС, или по програми, финансирани от други източници.
* съм потребител на социална услуга: ……………………………………………… до ………………. г. включително.

 (*заградете вярното*)

Дата……………………..

Гр./с……………………..

Декларатор:………………