**З А Я В Л Е Н И Е**

 за ползване на услугата патронажна грижа по проект

**BG05M9OP001-6.002-0114 „ПАТРОНАЖНА ГРИЖА + В ОБЩИНА НОВИ ПАЗАР”**

**Данни на кандидата:**

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

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

ЕГН:……………….....................; Пол: Ж / М; Възраст: ........... години; л.к.№ .................................., изд. от ……............................., на ................................ ; адрес: гр./с. .............................................; общ. ……………….……..; обл. ……………….………….; ул. .....................................................; № ..........; телефон/и: ................................................................

Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК № ....................../дата .......................; срок до: ................;

Вид и степен трайно намалена работоспособност / увреждане ................................. *(в %)*

**Данни на законния представител (упълномощено лице) на кандидата**:

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

*(трите имена на настойника, попечителя или упълномощеното лице)*

ЕГН: …………...............; л. к. № ..............................; изд. от ................. на ...................; адрес: гр./с. …...................................; общ. …….…………...; обл. ……..................................;

ул. .......................................................... № ..........; телефон/и: .........................................

*Заградете вярното:*

* Заявявам, че вследствие на увреждането, което удостоверявам с копия от ЕР на ТЕЛК/НЕЛК или други медицински документи,се нуждая от получаване на здравно-социални услуги. По тази причина желая да ползвам услугата патронажна грижа по проект **BG05M9OP001-6.002-0114, „ПАТРОНАЖНА ГРИЖА + В ОБЩИНА НОВИ ПАЗАР»**
* Заявявам, че съм възрастен човек над 65 г. /навършени 66 години/ с ограничения или в невъзможност за самообслужване, поради причини от различен характер, живущ/а на територията на община . По тази причина желая да ползвам услугата патронажна грижа по проект **BG05M9OP001-*6.002-0114*, „ПАТРОНАЖНА ГРИЖА В ОБЩИНА НОВИ ПАЗАР”**

**В допълнение декларирам, че:**

* Съм съгласен/на 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;
* При промяна на условията, посочени по-горе, се задължавам в едноседмичен срок да уведомя Ръководителя на проекта;
* Съм информиран/а, че за включването ми в проекта е необходимо да бъде извършена индивидуална оценка на потребностите;
* Съм информиран/а, че социалната оценка ще се извърши в дома ми, за което съм съгласен/на данните ми да бъдат предоставени на доставчика на услугата патронажна грижа;
* Съм информиран/а, че услугите, за които кандидатствам се финансират от Европейския социален фонд.

**Прилагам следните документи:**

1. документ за самоличност (за справка);

2. документ за самоличност на законния представител – настойник, попечител (за справка);

3. документ, определящ конкретното лице за настойник или попечител на кандидата за услугата *(копие)*;

4. експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК *(копие)* или копия на медицински документи, доказващи нуждата за помощ при здравно-социални услуги в домашна среда /приложимо за хора с увреждания/;

5. декларация за ползване/неползване на почасови социални услуги към момента на кандидатстване (*по образец*);

1. декларация за обработка на лични данни (*по образец*);
2. други документи.

Известно ми е, че за неверни данни, посочени в настоящото заявление, нося наказателна отговорност по чл. 313 от Наказателния кодекс.

Дата: ............................... Декларатор: ..........................

 *(подпис)*