

Във връзка с изпълнение на Договор № BG05M9OP001-2.040-0015-C01 по проект „Патронажна грижа в Община Нови пазар” по процедура за директно предоставяне на безвъзмездна финансова помощ BG05M9OP001-2.040 „Патронажна грижа за възрастни хора и лица с увреждания – Компонент 2”, приоритетна ос 2: „Намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване” по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси” 2014-2020 г.,

О Б Я В Я В А

Набиране на документи от кандидат потребители на интегрираните здравно- социални услуги

Целева група кандидати за потребители са възрастни хора над 65 години и лица с увреждания с постоянен или настоящ адрес на територията на община Нови пазар.

Патронажната грижа ще се предоставя за срок от 12 месеца в периода 10.12.2019 – 10.12.2020 година.

Патронажната грижа ще се предоставя в дома на потребителя от мобилен екип специалисти включващ здравни работници, социален работник, психолог и санитарии, в рамките на до 2 часа дневно с продължителност и интензитет, индикирани в индивидуалната оценка на потребителя. Потребителите не дължат такса за получената патронажна грижа.

Необходими документи за кандидатстване:

Документ за самоличност /за справка/;

Документ за самоличност на законния представител /ако е приложимо/;

Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК /копие/, протокол от ЛКК, актуална епикриза, етапна епикриза или друг медицински документ, доказващ, че кандидатът е с ограничения или в невъзможност за самообслужване.

Експертното решение на ТЕЛК/НЕЛК/ е задължителен документ за хора ненавършили 65 годишна възраст;

Заявление /по образец/;

Декларация за информирано съгласие / по образец/.

ДОКУМЕНТИ ЩЕ СЕ ПРИЕМАТ: от 01.10.2019 г. /вторник/ до 01.11.2019 г. /петък/ включително, в деловодството на община Нови пазар /Информационен център/, с работно време от 08:00 – 12:00 и 13:00-17.00 ч., всеки делничен ден.

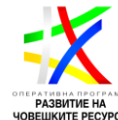
За повече информация и помощ при попълване на документите в стаи 211 – Мария Димитрова и 308 -Мария Михайлова.

Телефон:0884 891889



ЕВРОПЕЙСКИ СЪЮЗ
ЕВРОПЕЙСКИ
СОЦИАЛЕН ФОНД

МИНИСТЕРСТВО НА ТРУДА И СОЦИАЛНАТА ПОЛИТИКА
ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА
„РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ” 2014-2020
Проект: BG05M9OP001-2.040-0015
„Патронажна грижа в Община Нови пазар“



ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ

Екипът за управление на проект за предоставяне на безвъзмездна финансова помощ BG05M9OP001-2.040 „Патронажна грижа за възрастни хора и лица с увреждания - Компонент 2” в община Нови пазар, област Шумен Ви уведомява за следното:

1. Настоящата декларация цели да гарантира спазването на Вашите права и защита на Вашите лични данни.
2. Предоставянето на почасови мобилни интегрирани здравно-социални услуги за нуждаещите се лица с увреждания и възрастни хора е безплатно за Вас и Вашето семейство.
3. Патронажната грижа се осъществява от специалист по „Здравни грижи”- медицинска сестра, фелдшер или акушерка, психолог и специалист по социални дейности. Честотата на неговите посещения ще се определи на база извършена оценка на вашето здравословно състояние и потребностите от социални дейности. Точният брой посещения, всяко от които с продължителност не повече от два часа дневно ще Ви бъде съобщен при първото посещение и при необходимост може да бъде променен.
4. Вие трябва да предоставите на медицинската сестра/фелдшера/акушерката и на специалиста по социални дейности и психолог данни за контакт с Вашия личен лекар и с Вашите близки.
5. Информираме Ви, че всеки системен отказ от дейност (до три пъти), причинена вреда или проява на агресия или дискриминация срещу специалиста по „Здравни грижи”- или специалиста в областта на социалните услуги и психолога е основание за изключването Ви от услугата.
6. С подписа си Вие приемате условията за предоставяне на патронажни грижи за периода на проекта в община Нови пазар, област Шумен.

Долуподписаният/ата

.....

Адрес:.....

изразявам съгласието си да участвам в проект BG05M9OP001-2.040-0015-C01 Патронажни грижи чрез предоставяне на здравно-социални услуги в община Нови пазар и след като се запознах с условията, посочени по-горе ги приемам. Предоставям следната информация:

1. Личният ми лекар е:
- Телефонен номер за връзки:
- Лечебно заведение, в което работи личният лекар:.....
2. Близки за контакт:
3. Близки за контакт: (посочват се имената на близките и телефонни номера за връзка).....

дата:..... град/село:.....

подпис:.....