Вх. № ……/……..2019 г.

ДО
КМЕТА НА
ОБЩИНА АРДИНО

З А Я В Л Е Н И Е

за участие в подбор за получаване на мобилни интегрирани здравно-социални услуги по проект
„Социално включване на уязвими групи в община Ардино чрез патронажна

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

ЕГН …….....; възраст .....години; Пол Ж / М,
лична карта № ....., издадена на ..... от МВР – гр. .....;
настоящ адрес: гр.(с) ....., ул.…….....№ ....,бл. ...., вх...., ет....,
ап..., телефон/и:.....

Данни на законния представител на кандидат-потребителя:

.....
(трите имена на настойника или попечителя)

ЕГН ……..... лична карта № ....., издадена на ..... от МВР – гр. .....; настоящ адрес гр.(с)....., ул. .....№ ....., бл. ....., вх. ....., ет. ....., ап....., телефон/и:.....

1. **Заявявам, че принадлежа** към следната целевата група по проекта:
   Лица с увреждания и техните семейства:
   ☐ Имам експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК № ...../дата ....., срок до…… трайно намалена работоспособност/вид и степен увреждане (*в проценти*) .....;
   ☐ Имам протокол от ЛКК/ друг медицински документ……..

☐ Лица над 65 годишна възраст с ограничения или в невъзможност за самообслужване и съм навършил/а 66 годишна възраст.

Нуждая се от помощ при обслужването си за извършване на ежедневни дейности и желая да ползвам патронажна грижа по проект BG05M9OP001-2.040 - 019 - C01 „Социално включване на уязвими групи в община Ардино чрез патронажна грижа”.

2. 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 дейности по начин, който предварително сме уговорили, като ми е известно, че **патронажната грижа се осигурява до 2 часа на ден.**

3. Информиран/а съм, че услугата, за която кандидатствам, се финансира от Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2014 – 2020, чрез Европейския социален фонд.

4. Към момента на кандидатстването ☐ ползвам / ☐ не ползвам социални услуги по други национални програми или програми, финансирани от други източници или друг ред.

.....

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

5. Прилагам следните документи:

- документ за самоличност (*за справка*);
- документ за самоличност на законния представител – настойник, попечител (*за справка*);
- експертно решение на ТЕЛК/ НЕЛК *(копие);*
- медицински протокол на ЛКК (*копие*);
- други медицински документи - актуална епикриза и др. (*копие*);
- удостоверение за настойничество/попечителство (*копие*);
- Декларация за информирано съгласие *(по образец)*
- Други документи .....

В случай, че бъда включен/а като потребител по проекта, желая да ползвам следните услуги: *(отбележете с Х)*

1. Здравни грижи ☐
2. Двигателна рехабилитация ☐
3. Психологическа подкрепа ☐
4. Санитар ☐

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

Дата: ..... Декларатор: .....
(подпис)

Законен представител[1] .....
(подпис)

Лице, приело заявлението:

.....

(име, фамилия и подпис)

[1] Когато лицето е поставено под ограничено запрещение, заявлението се подписва от лицето и от законния представител