Декларация за информирано съгласие

Екипът за управление на проект **BG05SFPR002-2.001-0139-C01 „Грижа в дома в община Ардино",** по процедура чрез директно предоставяне на безвъзмездна финансова помощ BG05SFPR002-2.001 „Грижа в дома", финансирана от Европейския социален фонд плюс, чрез Програма „Развитие на човешките ресурси" 2021-2027 в община Ардино, Ви уведомява за следното:

1. Настоящата декларация цели да гарантира спазването на Вашите права и защита на Вашите лични данни.Предоставянето на почасови мобилни интегрирани здравно-социални услуги за възрастни лица в невъзможност за самообслужване и хора с увреждания е безплатно.

3. Грижата в дома се осъществява от домашен помощник и от специалист по здравни грижи - медицинска сестра, фелдшер или акушерка. Честотата на неговите посещения ще се определи на база извършена оценка на Вашето здравословно състояние и на потребностите от здравни и социални услуги. Точният брой посещения ще Ви бъде съобщен при първото посещение и при необходимост може да бъде променян.

4. Вие трябва да предоставите на домашния помощник или медицинската сестра/фелдшера/акушерката 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 домашния помощник или специалиста по здравни грижи е основание за изключването Ви от услугата.

6. С подписа си Вие приемате условията за предоставяне на грижи в дома за периода на проекта в община Ардино.

Информацията, която предоставяте, ще се счита за строго конфиденциална.

Долуподписаният/ата

.....

(име, презиме, фамилия на декларатора)

Изразявам съгласието си да участвам в проект **BG05SFPR002-2.001-0139-C01 „Грижа в дома в община Ардино"** и след като се запознах с условията, посочени по-горе ги приемам.

Предоставям следната информация:

1. Личният ми лекар е: ……..…….

Телефон за връзка: ……..

Лечебно заведение , в което работи личният лекар: …….....

2. Близки за контакт:

……...
……...
……...

(посочват се имената на близките и телефонен номер за връзка)

Дата: …… Подпис: ……