Вх.№ ................/………… **ДО**

**КМЕТА НА**

**ОБщИНА НИКОПОЛ**

**З А Я В Л Е Н И Е**

**за ползване на почасови здравно–социални услуги в домашна среда - патронажна грижа по**

**Проект BG05M9OP001-2.040-0063„Патронажна грижа в община Никопол”**

**Данни на кандидата:**

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

*(трите имена на лицето, кандидатстващо за потребител на услугите по патронажна грижа)*

ЕГН ………………........................; Възраст ..........................................години; Пол Ж / М

Лична карта № ........................................, издадена на ............................ от МВР – гр. ......................;

Настоящ адрес: гр.(с) ..............................................ж.к. ..........................................................................

ул. .............................................................................. № .........., бл. ........., вх. ........, ет. ....... , ап. .........,

телефон/и за връзка: **/задължително/**: ....................................................................................

1. **Желая да ползвам следните услуги по патронажна грижа:**

/*моля отбележете с маркиране* ☑/**:**

□ здравни услуги/психологическа подкрепа

□социални услуги

1. **Заявявам, че попадам в следната целева група по проекта:**

/*моля отбележете* **1 отговор** *с маркиране* ☑/**:**

□ лица над 65 години със затруднения в самообслужването

□лица с трайни увреждания /хронични заболявания, което удостоверявам с копие от ЕР на

ТЕЛК/НЕЛК №.................../............................, валидно до .........................................

1. **Декларирам, че:**

□ Посочените в заявлението обстоятелства отговарят на фактическата обстановка.

□ Съм информиран/а, че оценката на здравословното ми състояние/потребността ми от социални дейности ще се проведе в дома ми, за което съм съгласен/на да предоставя личните си данни на съответния специалист

□ Към момента на кандидатстване ползвам подобни здравно – социални услуги по програми/ проекти, финансирани от други източници

□ Да

□ Не

/*моля отбележете* **1 отговор** *с маркиране* ☑/

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

*(в случай, че лицето ползва подобни услуги към момента на подаването се вписват данни за срока на услугите, по които е потребител)*

**Прилагам следните документи** (*моля маркирайте с* ☑ *какво прилагате*) :

□ Документ за самоличност (*за справка*)

□ Експертно решение на ТЕЛК /НЕЛК *(копие*)

□ Декларация за информирано съгласие /*Приложение 1 към Методиката за предоставяне на патронажни грижи по домовете за възрастни хора и хора с увреждания/*

**Заявявам, че**:

* В случай, че бъда включен като потребител по проекта, предпочитанията ми са да бъда обслужван от следния специалист социални дейности - домашен помощник:

/*попълва се при заявена потребност от ползване на социални услуги по проекта*/

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

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

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

Лице, приело заявлението:

………………............................................................................................. *(име, подпис)*